

特別養護老人ホームラソ茨島 入居申込書

社会福祉法人はまなす会

令和 年 月 日

特別養護老人ホームラソ茨島 施設長 様

申込者氏名	続柄 ()
〒 -	
住 所	
電話番号	- -
携帯電話番号	- -

特別養護老人ホームラソ茨島に入居したいので、次のように申込み致します。

入居 申込 対象者 の 状 況	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください				
	氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	年齢 歳
	住所	秋田県				
	電話番号			FAX番号		
介護 保険 の 情 報	被保険者番号					★介護保険被保険者証のコピーを添付してください。
	要介護状態区分	要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 新規申請・区分変更中の場合、申請日を記入 : 申請日 令和 年 月 日				
	認定有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
家 族 等 の 状 況	氏名	続柄	年齢	職業	別居・同居	別居の場合は、住所・電話番号を記入のこと。
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	TEL
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	TEL
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	TEL
担当居宅介護支援事業所			担当介護支援専門員氏名			
特列入所申込理由記載欄(居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)						
<p>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である</p>						

- 私は、上記入居申込者情報については、特別養護老人ホームラソ茨島が市町村介護保険事業計画策定等のための、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 上記申込者の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに、私は同意します。

対象者氏名 (印)

☆入居申込調査票(様式2)、介護支援専門員意見書(様式3)を添えてお申込み願います。

申込者氏名 (印)

(施設記入欄) 【受付No 】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	(印)
特記事項			

入居申込調査票

特別養護老人ホームラソ茨島

氏名			被保険者番号		
調査年月日	平成	年	月	日	調査者氏名
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他 ()				
使用施設名	() 自宅使用等の場合は無記入				
介護保険サービス 利用確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位、平成 年 月 時点) 他施設申込み状況 無 有 ()				
健康保険	種別			年金等	種別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 障害名) 判定 (級 種) その他 ()				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 ()				
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 ミキサー 経管栄養 (胃瘻・鼻腔) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン フォーク			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 中間浴・個浴 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 夜間浴)				
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等)				
	下剤服用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便 日 回) 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自立歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可)				
	移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) 状況 ()				
視力	<input type="checkbox"/> 普通 1メートル前は見える 目の前は見える 全盲 判断不能 状況 () 老眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 判断不能 状況 ()				
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能				
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 程度 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)				
	周辺症状 失見当識 記憶障害 徘徊 幻視・幻聴 暴言 暴行 昼夜逆転 不潔行為 介護抵抗 異食 その他				
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ()				
既往歴	年 月(頃) ()				
	年 月(頃) ()				
	年 月(頃) ()				
現在の受診先				継続の希望	有 無
特記事項					

介護支援専門員意見書

様式3

氏名	被保険者番号
----	--------

1. 本人の状況

要介護度	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
認知症による不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い	<input type="checkbox"/> やや多い	<input type="checkbox"/> 少しあり	<input type="checkbox"/> なし	

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用度割合	<input type="checkbox"/> 60%以上	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/> 30%以上	<input type="checkbox"/> 30%未満	<input type="checkbox"/> 他施設利用中
右の内容が含まれる場合は○を付ける	<input type="checkbox"/> 施設利用者		<input type="checkbox"/> 特別理由		

3. 主たる介護者・家族等の状況

世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> その他		
介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	歳	続柄	
介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> 負担なし	
介護者が障害や疾病	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> なし	
介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上 就労不能	<input type="checkbox"/> 4～8時間	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> なし	
*他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護 ()	
介護者が育児、家族が病気	<input type="checkbox"/> 常時の 育児看病	<input type="checkbox"/> 半日育児・ 看病	<input type="checkbox"/> 随時育児・ 看病	<input type="checkbox"/> なし	
介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 普通	
他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄)	
別居血縁者、近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄)	

4. 入居待機期間等

入居申込からの期間	年	特養ホーム入居申込日	年	月
-----------	---	------------	---	---

5. 特記事項及び意見

点数 10点満点

医療的処置(膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等)

住居環境

長期入院等に退院後の再入所

その他

理由	
----	--

6. 備考記入欄

意見書作成年月日
年 月 日
意見書作成者所属
意見書作成者
印