

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕等入所申込書兼台帳

| | | |
|---------------------------------------|------|----|
| 申込者連絡先 <small>(家族等代理の方の場合)</small> | 氏名： | 続柄 |
| | 〒 | |
| | 住所： | |
| | 電話番号 | |

| | | | | |
|-------------------|---------|-------------------------|------|-------|
| 施設 記 入 欄 | 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
| | 受付番号 | | 担当者名 | |
| | 法人名 | | | |
| | 入所申込施設名 | | | |
| | 保険者への報告 | 不要 ・ 要 報告日： 平成 年 月 日 | | |

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

| | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|--------|--|---------|---|
| 本 人 の 状 況 | (フリガナ) | | 性別 | | 保険者(番号) | |
| | 氏名 | | 男 女 | | 被保険者番号 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 (満 歳) | | | 要介護認定期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日 |
| | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <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。 | | | | |
| | 障がいの程度 | <input type="checkbox"/> 療育手帳あり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) | | | | |
| | 自宅住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| | 現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入 | <input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 所在地 〒 - 入所又は入院期間 平成 年 月から (年 か月) 電話番号 () | | | | |
| | 入所申込理由 | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 本人の入所意向 | <input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難 | | | | |

入所申込みに係る同意書

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者を提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

平成 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

基本情報

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------------|---------------|-------|---------------|
| 記入日 | 年 月 日 | | | 記入者 | |
| 対象者 | フリガナ | 男・女 | M・T・S | 年 月 日 | (年 月現在) 歳 |
| | 〒 | | | 電話 | |
| 相談者 | フリガナ | 対象者との関係 | | | |
| | 〒 | | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | 保険者 | 審査会の意見・支給限度額等 | | |
| 認定情報 | 要介護度 | 認定年月日(交付年月日) | 有効期限 | | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 相談の内容・対象者・家族の希望など | | | | | |
| 生活歴 | | | | 家族構成 | |
| 現在の生活状況(起床、食事、日中の過ごし方、利用しているサービスなど) | | | | 日 | |
| | | | | 月 | |
| | | | | 火 | |
| | | | | 水 | |
| | | | | 木 | |
| | | | | 金 | |
| | | | | 土 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 関係 | 電話 | 住所 | |
| | フリガナ | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活の自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | |

医療・傷病

| 医療機関 | 主治医(意見書記入医に◎) | 所在地 | 電話・FAX |
|------|---------------|-----|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 主な病歴(病名) | 発症年月日 | 医療機関 | 経過(入院・症状・痛みなど) |
|----------|-------|------|----------------|
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |

| | |
|---|--|
| 薬 | |
|---|--|

| | |
|--------|--|
| 公費負担医療 | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 公害 <input type="checkbox"/> 難病() <input type="checkbox"/> その他() |
|--------|--|

| | | | |
|------|----|-------------|------|
| 他法関係 | 身障 | 種 級 年交付(部位) | 特記事項 |
| | | 種 級 年交付(部位) | |
| | | 種 級 年交付(部位) | |
| | | 種 級 年交付(部位) | |
| | 精神 | 種 級 年交付 | |

| |
|------|
| 補充情報 |
|------|

ADL(日常生活動作)

| | | |
|-----|---------|--|
| 視聴覚 | 視力 | 1支障がない 2はっきり見えない 3殆ど見えない |
| | 眼鏡 | 1無 2時々使用 3常時使用 |
| | 聴力 | 1支障がない 2はっきり聞こえない 3殆ど聞こえない |
| | 補聴器 | 1無 2時々使用 3常時使用 |
| 動作 | 寝返り | 1できる 2つかまれば可 3できない |
| | 起き上がり | 1できる 2つかまれば可 3できない |
| | 立ち上がり | 1できる 2つかまれば可 3できない |
| | 座位保持 | 1できる 2自分で支えれば可 2支え必要 4できない |
| | 立位保持 | 1できる 2自分で支えれば可 2支え必要 4できない |
| | 移乗 | 1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助 |
| | 歩行 | 1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助 |
| | ①屋内 | 1安定 2伝い歩き 3用具利用(a杖・b歩行器・cその他()) 4要介助 5車椅子(a自走・b介助) |
| | ②屋内 | 1安定 2伝い歩き 3用具利用(a杖・b歩行器・cその他()) 4要介助 5車椅子(a自走・b介助) |
| 入浴 | 洗身 | 1できる 2一部介助 3全介助 4行っていない |
| | 方法 | 1一般浴 2特殊浴 3シャワー浴 4清拭等 |
| 食事 | 形態 | 1普通食 2刻み 3極刻み 4流動食 |
| | 飲水 | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 |
| | 食事摂取 | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 |
| | 嚥下 | 1自立 2見守り 3困難 |
| 排泄 | 排尿 | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 |
| | 排便 | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 |
| | 失禁 | 1なし 2ときどきある 3ある |
| | 日中 | 1トイレ 2尿器 3ポータブル 4おむつ 5カテーテル等 |
| | 夜間 | 1トイレ 2尿器 3ポータブル 4おむつ 5カテーテル等 |
| 整容 | 洗顔・歯磨き | 1自立 2一部介助 3全介助 |
| | 整髪・髭剃り | 1自立 2一部介助 3全介助 |
| | 爪切り | 1自立 2一部介助 3全介助 |
| 更衣 | 上着の着脱 | 1自立 2一部介助 3全介助 |
| | ズボン・パンツ | 1自立 2一部介助 3全介助 |

IADL(日常関連動作)

| | | |
|------|-------|-----------------------|
| 食事機能 | 食事の準備 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 後片付け | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| 生活機能 | 買物 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 掃除・洗濯 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | ゴミ出し | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| 自己管理 | 金銭 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 電話・来客 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 郵便・書類 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 安全・火気 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| 社会機能 | 交通手段 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |
| | 健康活動 | 1自分で 2一部自分で 3自分でしていない |

健康・医療

| | | |
|-------|------|------------------------|
| 医学的管理 | 受診状況 | 1不要 2要 |
| | 通院 | 1自立 2一部介助 3全介助 |
| | 服薬管理 | 1自立 2一部介助 3全介助 4できていない |
| | 義歯 | 1無 2有 |
| | 皮膚 | 1現症無 2現症有 3治療中 |

認知・気分と行動

| | | |
|------|--------|---------------------------|
| 認知 | 認知能力 | 1自立 2軽度の障害 3中度の障害 4重度の障害 |
| | 物忘れ | 1自立 2軽度の障害 3中度の障害 4重度の障害 |
| | 意思決定 | 1できる 2特別な場合以外可 3困難 |
| | 意志の伝達 | 1できる 2時々できる 3殆どできない 4できない |
| | 指示への反応 | 1通じる 2時々通じる 2通じない |
| 気分 | うつ | 1ない 2ときどきある 3ある |
| | 精神症状 | 1妄想 2幻覚 3興奮 4せん妄 |
| 行動障害 | 徘徊 | 1ない 2ときどきある 3ある |
| | 暴言・暴行 | 1ない 2ときどきある 3ある |
| | 昼夜逆転 | 1ない 2ときどきある 3ある |
| | 介護に抵抗 | 1ない 2ときどきある 3ある |
| | その他 | 1ない 2ときどきある 3ある |