

由利本荘市特別養護老人ホーム「鳥寿苑」入所申込書

令和 年 月 日

由利本荘市特別養護老人ホーム「鳥寿苑」
施設長 高橋 哲 様

申込者氏名

続柄()

住 所

電 話 番 号

特別養護老人ホーム鳥寿苑に入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号									※介護保険証でご確認ください
	フリガナ 氏 名									※必ずフリガナもご記入ください
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女			
		年	月	日						
	要介護 状態区分	要介護度 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)								
	認定有効 期 間	令和	年	月	日	から				
		令和	年	月	日	まで				
住 所										
電話番号	()				FAX番号	()				
家族等の 状況	氏名		続柄	年齢	職業			同居・別居	別居先の電話等	
特例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）										

私は、上記入所申込者情報について、「鳥寿苑」が市町村介護保険事業計画策定等のため、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。

対象者名

印

申込者名

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					

様式2 入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	令和 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"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ()				
介護保険 サービス 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"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <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) 他施設申込み状況 ()				
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、その他)				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入れ歯 ()	
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ()	<input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー ()		
<input type="checkbox"/> 副食		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特浴・中間浴・一般浴・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 (有 ・ 無) 便 日 回 失禁 (有 ・ 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"/> 自力歩行 <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	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	(老眼鏡使用 有 ・ 無) (状況)	
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大声で聞こえる	<input type="checkbox"/> 難聴		
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	
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 症状 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 (状況))			
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (薬名等)			
既往歴	昭・平・令 年 月 (頃)				
	昭・平・令 年 月 (頃)				
	昭・平・令 年 月 (頃)				

【特記事項】

様式3

介護支援専門員等意見書

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2~1
------	---	---	---	-----

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳 (本人からみた続柄))
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い
④ 介護者が障害や疾病	無・有 ()
⑤ 介護者の就労	無・有 (職種等	日／週	時間／日)
⑥ 他の要介護者	無・有 (要支援、要介護	1 2 3 4 5)	
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有 ()
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的
⑨ 他の同居介護補助者	無・有 (続柄)	日／週程度 ()	
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有 (続柄)	日／週程度 ()	
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり
			—

4. 特記事項及び意見

- ①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等
- ②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等
- ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている。
- ④長期入院等に退院後の再入所
- ⑤その他

意見書作成日
意見書作成者
居宅事業所名

令和 年 月 日
印