

特別養護老人ホーム なりすな (1号館、2号館)

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 入居申し込み書台帳 ①

申込者氏名	フリガナ:	施設記入欄	申し込み日	年	月	日	
	氏名:		受付日	年	月	日	
	〒		続柄	受付番号			
	住所:		担当者				
	電話番号:		法人名	社会福祉法人 青谷福祉会			
	携帯番号:		申し込み施設	特別養護老人ホーム なりすな			

\*連絡については 今後申し込みのかたにさせていただきます

本人の状況	フリガナ			保険者(番号)			
	氏名			被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満	歳)	
	認定日	平成	年	月	日	要介護( )	
	要介護	平成	年	月	日から	変更後	
	認定期間	平成	年	月	日まで	認定期間	
	自宅住所	〒			電話番号		
	現在の居住状況	本人の同居家族(該当に○)					
		自宅で単身	夫 又は 妻	子供	孫	父母	その他
	*自宅以外に居住されている場合に記入	施設・病院等の名称			住所	〒	
入居申込理由	入居		平成	年	月	日から	
	入院期間		(	年	ヶ月)	電話番号	
	<input type="checkbox"/> 介護するものがない為 <input type="checkbox"/> 介護するものが【高齢】【障害】【疾病】等により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護しているものが就労していることから(昼間独居で常時の)介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護するものの身体的、精神的な負担が大きく十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 介護するものが遠方で居住していることにより十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去をもとめられているが、自宅での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 経済的な負担が大きい為						
本人の入居の意向	<input type="checkbox"/> 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"/> 理解困難						

入居申込者(本人)氏名		被保険者番号	
受付番号		保険者(番号)	
事業者名		連絡先 電話番号	
担当ケアマネージャー等 氏名		記載日	
基本的評価基準			
要介護度	痴呆性老人の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無
1・ 2・ 3・	I. II a. II b. III a	%	単身
4・ 5・	III b. IV. M 正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入居中	同居
点数	点	点	点
ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー 等 見 書 入 欄	【本人の心身の状況】	【在宅生活に支障のある内容】	
	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転、徘徊等の周辺症状があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを要する <input type="checkbox"/> ほぼ自立による日常生活が可能である その他( )	<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない <input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 経済的な理由 <input type="checkbox"/> その他( )	
	【介護者の状況】	【住環境】	
	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるがほかに介護や育児が必要な物がある <input type="checkbox"/> 十分な介護が困難(高齢、障害、症病、就労、その他) <input type="checkbox"/> 遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる( 人) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用で住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退去を求められている <input type="checkbox"/> その他( )	
	【在宅生活継続の可能性】	【参考項目】	
	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているでも生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の予知あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用することで生活の継続が期待できる その他( )	①家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用で順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用していないが順調 ②意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない ③入居について <input type="checkbox"/> 強く拒否 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望していないが同意 <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる	
〈特記事項〉			

様式③

本人の状況	介護支援専門員 氏名		居宅介護支援 事業所名		
			電話		
	居宅 サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	医療 の 状況	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素			
		<input type="checkbox"/> その他( )			
		治療中の病名			
		受診している医療機関			
既往歴					
他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込み有り( 箇所)				
	すでに申し込んでいる施設名:				
	今後申し込む予定の施設名:				
主たる介護者の状況	フリガナ 介護者氏名	住所			
	続柄( )年齢( )	電話番号			
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族 <input type="checkbox"/> 親族ではない援助者あり <input type="checkbox"/> 援助者なし				
	意見等(現在の介護でお困りの内容)				
<p>入居申し込みの際し、入居の申し込みから契約までの手順及び入居順位の決定方法について、施設からの説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 氏名: 続柄( )</p>					
同意書	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入居申し込み者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入居申し込みの理由について、県及び保険者(市町村)に報告することに同意します				
	平成 年 月 日 氏名: 続柄( )				