

入居申込に関する留意事項

< 1 > 申込書の記入について

①様式1 「特別養護老人ホーム入居申込書」の記入について

入居申込書の記載については、入居決定後に保証人になられる方がご記入ください。

もし、保証人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は最寄りの介護支援専門員がご記入してもかまいません。

認知症高齢者の日常生活自立度は、介護支援専門員に確認してください。（主治医意見書を参考にしてください。）

②様式2 「入居申込調査票」の記入について

調査票の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

③様式3 「介護支援専門員意見書」の記入について

意見書の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

< 2 > 入居申込について

①入居申込書 様式1 様式2 様式3 をセットにして、当施設まで提出してください。提出は保証人、代理の方（主たる介護支援専門員も可）、または、郵送でもかまいません。

②入居申込書を受理した場合は、当園で必要事項を記入の後、コピーをお渡しいたしますので、保証人となられる方は大切に保管して下さい。

③申込の受付は原則として介護認定を受けられた方とします。

< 3 > 保証人、介護支援専門員への連絡事項

① 要介護度・状態等が変わった場合はその都度、当施設までご連絡ください。

（入居の順番に大きく関係してきます。）

② 他施設への入居などで、当施設への入居申込を取り消す場合は、当施設よりお渡しした入居申込書（コピー）を必ずご返送下さい。（郵送可）

③ 上記の他、わからない点などございましたら、ご連絡ください。

④ 受付後、5年経過した申込書については取り消しいたしますので、ご了承ください。

TEL 018-877-7077

特別養護老人ホーム わかば園 生活相談員まで

様式1

特別養護老人ホーム 入居申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム わかば園

施設長 菅原雄二郎 様

申込者氏名 続柄 ()

〒 -

住所

電話番号 ()

携帯番号 - -

※貴施設に入居したいので、次の通り申し込いたします。

希望型		<input type="checkbox"/> 従来型(4人部屋)		<input type="checkbox"/> ユニット型(個室)		<input type="checkbox"/> どちらでもよい		
入所対象者	被保険者番号							※必ず介護保険証のコピーを添付してください
	フリガナ	-----						認知症高齢者の
	氏名							日常生活自立度
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 ・ <input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		
		年	月	日				
	要介護状態区分	※介護度 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)						
	認定有効期間	※平成		年	月	日	から	
		※平成		年	月	日	まで	
住所								
電話	(FAX) - -							
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		
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			
					同・別			

私は、上記入居申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定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いたします。

対象者氏名 印

申込者氏名 印

(施設記入欄)

受付No.	受付年月日	平成 年 月 日受付	特記事項
	受付者氏名	印	

入居申込調査表

調査年月日 年 月 日

入居対象者名			
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"/> 療養型・ <input type="checkbox"/> 他施設・ <input type="checkbox"/> 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"/> 短期入居・ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での当月在宅サービス利用単位合計 (単位) 他施設の申込状況 (施設名)		
健康保険	種別		年金等種別
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種 級 (障害名)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 経管栄養 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> お粥 ・ <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 刻み ・ <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 ・ <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 (<input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 特 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・ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル 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"/> おむつ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・ <input type="checkbox"/> パット) 下剤の服用 (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 歩行状態 (<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"/> 老人車・ <input type="checkbox"/> 車椅子) (状況)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 弱視・ <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) (状況)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 大声できこえる・ <input type="checkbox"/> 難聴 / 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) (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	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> (重度・中度・軽度) 問題行動 (<input type="checkbox"/> 失見当識・ <input type="checkbox"/> 記憶障害・その他) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既往歴特記等	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		
	昭・平 年 月 (頃)		

【特記事項】	
---------------	--

様式3

介護支援専門員意見書

入居申込者名

1. 本人の状況

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

痴呆により不適応行動	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

居宅サービス 利用限度額の割合	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 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他
② 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 歳（本人からみた続柄）
③ 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
④ 介護者の病気や障害	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（）
⑤ 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（職種等 日/週・ 時間/日）
⑥ 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5）
⑦ 介護者が育児・家族が病気	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（）
⑧ 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
⑨ 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄） 日/週程度
⑩ 別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄） 日/週程度
⑪ 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり

4. 特記事項及び意見

意見書作成日 平成 年 月 日 意見書作成者 _____ 印

支援事業者名 _____ 住 所 _____

電 話 - - _____