

特別養護老人ホーム 第二梨ノ木園 入所申込書

特別養護老人ホーム第二梨ノ木園

施設長様

申込日 令和 年 月 日

【申請者】

郵便番号 〒

住所

入所希望者との関係

ふりがな

電話番号①

氏名

㊞

電話番号②

【入所希望者者】

ふりがな					男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	歳
氏名											
住所							電話	()			
要介護度		介護認定の有効期限	令和	年	月	日	介護保険の負担限度額	第 段階			
その他	身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当)					
担当介護支援専門員名					事業所名						
主治医名					医療機関名						

【家族状況】

氏名	続柄	年齢	世帯状況	就労等の状況	連絡先(電話番号)
			同居・別居	就労・無職・学生 要介護・病弱	
			同居・別居	就労・無職・学生 要介護・病弱	
			同居・別居	就労・無職・学生 要介護・病弱	
			同居・別居	就労・無職・学生 要介護・病弱	
			同居・別居	就労・無職・学生 要介護・病弱	

決裁					受付者	
----	--	--	--	--	-----	--

特別養護老人ホーム第二梨ノ木園入所希望調査票

入所希望者	ふりがな			申込日	令和 年 月 日					
	氏名	Ⓜ		介護保険被保険者番号						
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別	男 ・ 女					
	住民登録地	都・道 府・県		市・町・村						
家族(代理人)の連絡先		住所			電話					
		氏名			続柄			携帯		
本人及び介護者の状況				該当に○をつける	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
					年月	年月	年月	年月	年月	年月
要介護度 (⑥は、要介護1~3のみ加算)	① 要介護 5	40点								
	② 要介護 4	40点								
	③ 要介護 3	20点								
	④ 要介護 2	10点								
	⑤ 要介護 1	5点								
	⑥ 認知症による不適當行動有り	10点								
	⑦ 要支援・認定申請中・未申請									
介護の必要性 (重複回答不可)	①身体的理由または認知症による不適當行動の為在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービス利用が									
	15. 509単位以上	30点								
	10. 340~15. 508単位	20点								
	10. 399単位以下	10点								
家族介護者の状況	②在宅生活が困難な為当該特養以外に入園又は、入院		20点							
	① 単身(独居世帯)	30点								
	② 高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点								
	③ 介護者が就業中・複数の人を介護している	10点								
④ ①~③に該当しない										
合 計 (点)										
入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く		備考							
	<input type="checkbox"/> 年 月 頃									
特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	該当要件	<input type="checkbox"/> 認知症	保険者市町意見	<input type="checkbox"/> 該当					
	<input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 知的・精神障がい等		<input type="checkbox"/> 非該当					
			<input type="checkbox"/> 虐待の疑い							
			<input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況							
他の特別養護老人ホーム・その他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる				<input type="checkbox"/> 申し込んでいない					
	<input type="checkbox"/> おおぞら	<input type="checkbox"/> 福寿園	<input type="checkbox"/> 彩四季	<input type="checkbox"/> さわやか園	<input type="checkbox"/> いがの里					
	<input type="checkbox"/> 豊寿園	<input type="checkbox"/> 森の里	<input type="checkbox"/> めくもり園	<input type="checkbox"/> 鶴寿園	<input type="checkbox"/> おおやまだ鶴寿園					
	<input type="checkbox"/> 老健おかなみ	<input type="checkbox"/> 第二老健おかなみ	<input type="checkbox"/> ゆめが丘老健	<input type="checkbox"/> 伊賀さくら苑						
	<input type="checkbox"/> その他特養()				<input type="checkbox"/> その他老健()					
緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)										
総合評価	調査票記載者									
説明確認欄	<p>私は、次の事項について施設より説明を受けました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入所申込から入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について ・入所順位決定方法について ・入所の順位見直しについて <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 Ⓜ ()</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p>									

(様式1-3)

特別養護老人ホーム第二梨ノ木園入所申込者状況調査票

令和 年 月 日 記入

入所希望者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
介護度	現在の介護保険 利用サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス 回/月	<input type="checkbox"/> ヘルパー 回/月	<input type="checkbox"/> ショートステイ 回/月 <input type="checkbox"/> その他()	
待機場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老健(名称:)		<input type="checkbox"/> 特養(名称:)		<input type="checkbox"/> 病院等入院中(名称:) <input type="checkbox"/> その他(名称:)
身体 状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない		身長	cm
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し聞える <input type="checkbox"/> 聞えない		体重	kg
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他()			
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位() <input type="checkbox"/> その他()			
	皮膚状態	<input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) 部位() <input type="checkbox"/> かゆみ 部位()			
	既往歴	(病名等)			
	服薬 内容	(朝)			
		(昼)			
		(夕)			
	医療管理	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> その他()			
	歯の状態	<input type="checkbox"/> 入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 数本有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()			
食事内容	主食(ご飯・お粥・ペースト) 副食(普通・キザミ・ペースト) 食事制限等()				
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 常にむせ込み有 <input type="checkbox"/> 時々むせ込み有 <input type="checkbox"/> 普通				
生活 状況	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()			
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(介助有・介助無) <input type="checkbox"/> トイレ(介助有・介助無) <input type="checkbox"/> その他()			
	入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 入浴していない <input type="checkbox"/> その他()			
	歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子(自走可・介助有) <input type="checkbox"/> つかまれば可(歩行器・老人車・杖) <input type="checkbox"/> 自立(見守り有・見守り無)			
	洗面	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> タオルを渡せば出来る <input type="checkbox"/> 洗面所までの介助でできる <input type="checkbox"/> 自立			
	着替え	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助(準備すれば可・協力動作可・声かけで可) <input type="checkbox"/> 自立			
	他者との関わり	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> あまり好まない <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> その他()			
精神 状況	記憶障害	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> まだら <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> その他()			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 寝ない <input type="checkbox"/> 時々寝ない <input type="checkbox"/> 寝る	徘徊	<input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無	
	妄想	<input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無		介護拒否	<input type="checkbox"/> 常にある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 無
	その他()				
令和 年 月 日 記入					
記載者氏名 () 本人との関係()					

(様式2)

介護支援専門員等意見書

特別養護老人ホーム第二梨ノ木園 宛

(令和 年 月 日 現在)

入所申込者氏名	
介護保険被保険者番号	

1 在宅(現在の居所)での介護の継続について (いずれかに○)

- () 現在の状況で継続可能
() 居宅サービスの追加等で継続可能
() 在宅(現在の居所)での介護の継続は困難……………(下記に理由を記載)

継続困難な理由

2 特記事項

(1) 本人の生活等の状況

--

(2) 家族介護の状況

--

介護支援専門員等	事業所名 (電話)	記載者氏名
----------	----------------	-------

注)この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記載して下さい

生活の拠点	記載する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、グループホーム 指定特定施設入居者生活介護事業所、介護医療院	当該施設の介護支援専門員
医療機関(介護療養型医療施設を除く)	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他の施設	上記に準ずる職種の方

(様式3)

特別養護老人ホーム 第二梨ノ木園 入所申込の取消書

貴施設への入所申込を取り消します。

入所申込者氏名

生 年 月 日

M・T・S 年 月 日

介護保険被保険者番号

入所申込を取り下げる理由

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム第二梨ノ木園 施設長 様

【提出者がご本人以外の場合(ご家族等)】

氏 名

Ⓔ

続 柄 ()

住 所

電 話

【提出者が介護支援専門員等の場合】

事業所名
(名称)

住 所

電 話

介護支援専門員等氏名

Ⓔ