

指定介護老人福祉施設 [ 特別養護老人ホーム 嘉齢荘 ] 入所申込書兼台帳

申込者連絡先	氏名		続柄		受付日	平成 年 月 日
	住所	〒			受付番号	
	電話番号(自宅)				法人名	社会福祉法人 福生会
	電話番号(携帯)				施設名	特別養護老人ホーム 嘉齢荘
					担当者	

※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	M・T・S	年 月 日 (満 才)	要介護度	1・2・3・4・5						
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			認定申請予定日	平成 年 月 日 ※ 未申請の方は記入して下さい。					
	自宅住所	〒				電話番号					
	現在の居所	<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"/> 他の施設や病院にはいつている									
	自宅以外に居住してる場合に記入	施設・病院の名称			所在地	〒					
		入院期間	H 年 月から ( 年 ヶ月)		電話番号						
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「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								
		在宅介護継続期間	年 ヶ月	居宅サービスの利用の有無		<input type="checkbox"/> 有 (下記についても記入してください) ・ <input type="checkbox"/> 無					
		申込日前月に利用中のサービス	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月			
			訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月			
			通所リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	短期入所生活介護	回/月			
短期入所療養介護			回/月								

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上( )年以内			
	利用している居宅介護支援事業所	電話番号:	担当ケアマネージャー		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他( )処置			
		現在治療中の病名	_____		
		受診している医療機関	_____		
	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歩行の手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )	
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申し込んでいる(予定も含む)( )ヶ所 既に申し込んでいる他の施設名( )( )( ) 今後申し込む予定の施設名( )( )( ) 特養待機期間(他施設も含む) 年 月				
家族構成	同居	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( )			計 名
	同居以外	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( )			計 名

主たる介護者の状況	(フリガナ)		性別	年齢	続柄( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	主たる介護者の氏名		男・女	才	住所 : TEL :	
	意見等 (現状の介護で困っている事など)	(注 : 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入して下さい。)				
	同居以外の親族・援助者の有無	無				
	有	1、子( 人)    2、兄弟等( 人)    3、親族(続柄 ) 4、その他( )				
入所の申込に当り、その手続きについて説明を受けました。    平成 年 月 日 氏名 :						

同意欄	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所申込者の状況を調査するために、氏名・生年月日・住所・入所希望時期について、保険者である市町村及びくすのき広域連合に報告する事に同意します。 平成 年 月 日    氏名 :
-----	---

添付書類	① 介護保険被保険者証(写し) ② 直近3ヵ月分のサービス利用表及び別表(写し) ③ 介護保険要介護認定調査票基本調査票(写し)
------	--

その他	<input type="checkbox"/> 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、お知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて申し込み後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。 <input type="checkbox"/> 入所希望時期については入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありません。ありのままをご記入下さい。
-----	--

指定介護老人福祉施設 [ 特別養護老人ホーム 嘉齢荘 ] 入所選考調査票

入所申込者氏名		被保険者番号							
生年月日	M・T・S	年	月	日	保険者(番号)				

事業所名		連絡先電話番号				
記入者氏名		職種	ケアマネージャー・その他( )			
評価項目	要介護度[ ]	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
	認知症：有・無	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	同一市町村 (5点) 圏域内・隣接市 (3点)		
点数		点	点	点	点	
ケアマネジャー記入欄	<p><b>(1)【本人の心身の状況】</b></p> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である。 <input type="checkbox"/> たびたび道に迷う。 <input type="checkbox"/> 電話の応答や訪問者との対応等一人で留守番ができない。 <input type="checkbox"/> 服薬管理ができない。 <input type="checkbox"/> やたらに物を収集したり、昼夜逆転、徘徊、失禁大声、奇声、火の不始末、不潔行為等がある。 <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じて介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 着替え、食事、排便、排尿に時間がかかる。 <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする。 <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である。 <input type="checkbox"/> その他( )		<p><b>(5)【在宅生活にしようのある状況】</b></p> <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"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<p><b>(2)【介護者の状況】</b></p> <input type="checkbox"/> 同居介護者がいる。( 人) <input type="checkbox"/> 同居介護者がいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居介護者はいるが、十分な介護が困難。		<p><b>(6)【住環境】</b></p> <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難。(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 住宅を改修した。(手すりやバリアフリー等) <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> その他( )			
<p><b>(3)【その他の介護者の状況】</b></p> <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる。 <input type="checkbox"/> 介護者が近隣市町村にいる。 <input type="checkbox"/> その他( )		<p><b>(7)【参考項目】</b></p> <p>①《介護者の負担感》</p> <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"/> 在宅サービスの利用にて順調。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調。 <p>②《意思疎通》</p> <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はない。 <input type="checkbox"/> 特に問題はない。 <p>③《入所について》</p> <input type="checkbox"/> 意思確認が困難。 <input type="checkbox"/> 拒否傾向。 <input type="checkbox"/> 同意している。 <input type="checkbox"/> 強く望んでいる。				
特記事項						