

入所申込書

特別養護老人ホーム

施設長様

入所希望者（申込者）			申込年月日	平成 年 月 日
フリガナ		保 険 者		
氏 名		被 保 険 者 番 号		
生 年 月 日		要 介 護 度	3・4・5, (特例) 1・2	
性 別	男・女	有 効 認 定 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
現 住 所	〒 (該当する場合) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム			
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 () 入院・入所先名称 () 入院・入所時期 (平成 年 月～) 退院・退所予定日 (平成 年 月頃)			
給付制限				
認定審査会意見				

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。）

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。

なお、入所の待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

申 込 予 定	貴施設のみ ・ 他にも申し込む 箇所 (予定)		
同 意 書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、京都市等に、この申込内容を情報提供することに同意します。		
	年 月 日	氏名	印

担 当 介 護 支 援 専 門 員 氏 名	
事 業 所 名	
連 絡 先 電 話 番 号	

事務処理欄

受 付 年 月 日	年 月 日
受 付 者	

優先入所に関する評価票(原則、担当介護支援専門員が記入)

様式 2

入所希望者氏名	
---------	--

申 込 理 由	1,
	2,
	3,
	(特例入所の場合) <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的・精神障害 <input type="checkbox"/> 虐待等 <input type="checkbox"/> 家族等による支援困難かつ居宅サービス利用不可

本人の意向	<input type="checkbox"/> 積極的に入所希望している	<input type="checkbox"/> 入所に納得している
	<input type="checkbox"/> 認知症等により確認が困難	<input type="checkbox"/> 本人は入所を望んでいない

身体的精神的 状 況	要介護度	a	要介護 3・4・5	a ・ b
		b	要介護 1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	a	Ⅲ Ⅳ M (日常生活に支障を来し、専門的な援助が必要)	
		b	正常 I II (日常生活に軽度の支障があるが、家族等の援助で自立)	

*「要介護度」か「認知症高齢者の日常生活自立度」のいずれかが a であった場合には右欄の a を選択する。

主たる介護者の状況	単身、高齢の配偶者のみ、介護者が病弱又は入院等している場合、又は複数の高齢者等を介護している場合など著しい問題がある。	a
	在宅サービス等を利用して介護できている場合など著しい問題はない。	b
居住環境	居住環境が通常の生活や介護上著しい問題がある。	a
	居住環境は介護上著しい問題がない。	b

基本評価	A	a が 3 項目ある場合
	B	a が 2 項目ある場合
	C	a が 1 項目以下である場合

<u>特記事項 (意見)</u>	
<p>「基本評価」にかかわらず、優先入所を必要とする特別な事由等(特例入所の要件であるものを含む)があると思われる場合には、以下の視点等を参考にこの欄に記入するか、別に意見書を添付してください。</p> <p>1. 入所希望者と介護者との人間関係や、介護者の介護技術などが介護上支障を来していないか。</p> <p>2. 在宅での生活の継続のために居宅サービスを十分利用しているかどうか。</p> <p>3. 施設を利用することによって積極的に心身の状態等の維持・改善、QOLの向上等が図れるかどうか。</p> <p>4. 入所しても居住環境の条件等が改善されれば在宅復帰の可能性があり、その意思が確認できるかどうか。</p>	
記入介護支援専門員氏名	印

*以下は施設側が記入します。		判定 年 月 日
評価すべき個別的事項 (担当介護支援専門員の特記事項から)		
施設の総合評価		

入所選考に関わる調査票（原則、担当介護支援専門員が記入）

様式 3

入所希望者氏名	基本評価
---------	------

入所希望者本人の状況等（該当するものにレ印をし、（ ）には状況を具体的に記入してください。）

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者を含む家族全員が65歳以上か18歳未満 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが介護が困難な特別な事情がある（ ）
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 <input type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等立地的に問題がある
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1, 2, 3,
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 回） <input type="checkbox"/> 通所リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 短期入所生活（月 日） <input type="checkbox"/> 短期入所療養（月 日） <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（週 日） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週 日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <現在治療中の病気や既往歴など>
経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
在宅生活継続の可能性	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり（ ） <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	

特例入所を必要とする理由書

(フリガナ) 入所希望者 (申込者) 氏名	
被保険者番号	
要介護度	1 ・ 2
申込の年月日	年 月 日

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のとおりやむを得ない事由があることから、指定介護老人福祉施設等（施設名 _____）への特例入所を申し込みます。

居宅において日常生活を営むことが困難である理由（特例入所の該当要件）	
1	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる （日常生活自立度 I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M）
2	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
3	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である
4	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できない、かつ、 地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められない
具体的な状況	
特記事項	

記入介護支援専門員氏名

印

<H27.4>