

特別養護老人ホーム幸楽園入所申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 幸楽園

施設長 半田 政敏 様

申込者氏名 続柄()

住 所

電 話 番 号 ()

幸楽園に入所したいので、次のように申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											保険者番号																		
	フリガナ 氏 名	※必ずフリガナもご記入ください																												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										性 別	1. 男 2. 女																	
		年	月	日																										
	要介護 状態区分	要介護度 1・2・3・4・5 (要介護認定申請中 : 申請日 平成 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	秋田県																												
電話番号	()										FAX番号					()														
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									

- 私は、上記入所申込者情報については、幸楽園が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 上記申込者の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに、私は同意します。

対象者名 印

申込者名 印

(施設記入欄)【受付No. 】

受付年月日	平成 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

氏名		被保険者番号			
調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名			
現 状	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 療養型 ☐ その他 ()				
使用施設名	() ※自宅使用等の場合は無記入				
介護保険 サービス 確認欄	利用している介護保健サービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 短期入所 ☐ 通所リハ ☐ その他 ()				
	調査時点での在宅サービスの利用単位数(単位) 他施設申込み状況()				
健康保険	種 別	年金等	種 別		
障害手帳等	☐ 無 ☐ 有 (手帳の種類 、障害名) 判定 (その他)				
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 入れ歯 ()				
	内 容	主食 ☐ 普通 ☐ お粥 ☐ ミキサー 食事制限 () 副食 ☐ 普通 ☐ 細食 ☐ ミキサー () ☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク			
入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (特浴 ・ 中間浴 ・ 一般浴 ・ 夜間浴)				
着 脱 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄状況 (☐ 便器 ☐ 尿器 ☐ ポータブル ☐ オムツ等) 下剤服用 (☐ 有 ・ ☐ 無) 便 日 回 失禁 (☐ 有 ・ ☐ 無)				
移 動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歩行状況 (☐ 自力歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 立位不可) 移動器具の使用 (☐ 歩行器 ☐ 老人カー ☐ 車椅子等) (状況:)				
視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 (老眼鏡使用 有 ・ 無) (状況:)				
聴 力	☐ 普通 ☐ 大声が聞こえる ☐ 難聴 (状況:)				
言語・会話	☐ 普通 ☐ 不明瞭 ☐ 失語 ☐ 会話不能				
認知症等	☐ 無 ☐ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 問題行動 (☐ 失見当識 ☐ 記憶障害 ☐ その他) (状況:)				
薬の服用	☐ 無 ☐ 有 薬名等 ()				
既 往 歴	年 月(頃) 年 月(頃) 年 月(頃)				
【特記事項】					

介護支援専門員意見書

氏名	被保険者番号
----	--------

1、本人の状況					
要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	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					
在宅サービス利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満	他施設利用中
※右の内容が含まれる場合は○を付ける	施設利用者	特別理由			

3、主たる介護者・家族等の状況				
①世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	男	女	歳	続柄
③介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④介護者が障害や疾病	介護困難	多少介護	介護可能	なし
⑤介護者の就労	8時間以上就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	無	有	(要支援 要介護)	
⑦介護者が育児、家族が病氣	常時の育児看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑧介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄)
⑩別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	(続柄)
⑪近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	

4、特記事項及び意見		点数	10点満点
①医療的処置(膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等)	理由		
②住居環境			
③入所待機期間			
④長期入院等に退院後の再入所			
⑤その他			

5、備考記入欄		意見書作成年月日
		年 月 日
		意見書作成者所属
		意見書作成者
		印