

特別養護老人ホーム幸楽園 入所申込書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 幸楽園
施設長 飯塚 喜弘 様

申込者氏名 _____ 続柄 ()
住 所 _____
電 話 番 号 _____

特別養護老人ホーム幸楽園に入所したいので、次の通り申し込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険被保険者証でご確認下さい	
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入下さい											
	氏 名												
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性 別	1. 男 2. 女	
		年	月	日	年	月	日	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 年 月 日)											
	認定有効 期 間	平成			年			月			日	から	
		令和			年			月			日	まで	
住 所													
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	別居先の電話番号							
					同・別								
					同・別								
					同・別								
特例入所申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)													

- 1、 私は上記入所申込者情報について、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。
- 2、 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

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

調査年月日日	令和 年 月 日	調査記入者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他、施設等()		
介 護 保 険 サ ー ビ ス 利 用 確 認	利用している介護保険サービス (長期及び短期入所利用の場合は、施設名を記入) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 () 調査時点での在宅サービス利用単位数 () 単位)		
他施設の申込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名)		
健 康 保 険	種別	年金等	種別
障がい者手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳種類) 判定 級 種 (障がい名)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> その他() 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 食事制限() <input type="checkbox"/> その他()		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(一般浴: 中間浴 : 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() 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"/> オムツ等 下剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (排便回数 日 回) 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助() 歩行状況 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可 移動器具の使用 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子等 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 他) 移動状況 ()		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 状況()		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 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(状況)		
認 知 症 状 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽度・中度・重度) <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 状況()		
薬 の 服 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等()		
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
特 記 事 項			

介護支援専門員意見書

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

在宅サービス利用限度額割合	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・本人からみた続柄 ()
③	介護者の介護負担	重い ・ やや重い ・ 軽い ・ 負担なし
④	介護者が障がいや疾病	無・有 ()
⑤	介護者の就労	無・有 (職種等 日/週 時間/日)
⑥	他の要介護者	無・有 (要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5)
⑦	介護者が育児、家族が病気	無・有 ()
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	無・有 (続柄) 日/週程度 ()
⑩	別居血縁者介護協力	無・有 (続柄) 日/週程度 ()
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.特記事項及び意見等

①医療的処置：膀胱留置カテーテル・経管栄養・酸素療法等 ②住居環境：廊下・階段・便所・浴室等の住宅改修困難等 ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている ④長期入院による退所後の再入所 ⑤その他	点数（10点満点） <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
---	---

意見書作成日 令和 年 月 日
 意見書作成者所属 _____
 意見書作成者 _____ 印
 作成者連絡先 () _____