

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																		
	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)																													
		令和 年 月 日 から										令和 年 月 日 まで																			
	住 所																														
電話番号	()															F A X 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																										
					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	令和 年 月 日	調査記入者氏名	
現 状	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 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) ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 短期入所 ☐ 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	☐ 無 ☐ 有(施設名)		
健康保険	種別	年金等	種別
障がい者手帳等	☐ 無 ☐ 有(手帳種類) 判定 級 種 (障がい名)		
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 () 主食 ☐ 普通 ☐ お粥 ☐ ミキサー ☐ 経管栄養 () ☐ その他 () 副食 ☐ 普通 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他 () ☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ その他 () ☐ 食事制限 () ☐ その他 ()		
移 動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 () 歩行状況 ☐ 自立歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行不可 移動器具の使用 ☐ 歩行器等 ☐ 車椅子等 (☐ 普通 ☐ リクライニング ☐ 他) 移動状況 ()		
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 (排便回数 日 回) 失禁 ☐ 有 ☐ 無		
入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (一般浴：中間浴：特浴)		
着 脱 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()		
視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 (眼鏡 ☐ 有 ☐ 無) 状況 ()		
聴 力	☐ 普通 ☐ 大声で聞こえる ☐ 難聴 状況 ()		
言 語・会 話	☐ 普通 ☐ 不明瞭 ☐ 失語 ☐ 会話不能(状況)		
認 知 症 状 等	☐ 無 ☐ 有(軽度・中度・重度) ☐ 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	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・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	点数（10点満点）
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	

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 () _____