『特別養護老人ホーム　つむぎの彩（いろ）』入所申込書

平成　　年　　月　　日

特別養護老人ホーム　つむぎの彩　宛

申請者氏名：　　続柄（　　）

住　　所：

電話番号　：

『特別養護老人ホーム　つむぎの彩』に入所したいので、次の通り申し込みいたします。

入居対象者	被保険者番号											※介護保険証でご確認下さい	
	フリガナ	※必ずﾌﾘｶﾞﾅもご記入ください											
	氏　　名												
	生年月日	１．大正　　２．昭和									性別	１．男　　２．女	
				年			月			日			
	要介護状態	特　例 １　・　２					３　・　４　・　５						
	区分状態	（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	利用者負担割合
		平成			年			月			日	まで	割
	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	別居先の電話等
					同　・　別	
					同　・　別	
					同　・　別	
					同　・　別	

私は、上記入所申込者情報について、『特別養護老人ﾎｰﾑ　つむぎの彩』が市町村介護保険事業計画策定等の為、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。

特例入所申込理由（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等）

- ☐ 認知症であることにより、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- ☐ 知的障害者・精神障害者等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる
- ☐ 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
- ☐ 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ず、かつ、地域での介護ｻｰﾋﾞｽや生活支援の供給が十分でない

※具体的な状態等

対象者名　　㊞

申込者名　　㊞

【施設記入欄】　（受付No.　　）

受付年月日	平成　　年　　月　　日	受付氏名	㊞
特記事項			

入　所　申　込　調　査　票

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 □他施設 □その他（　　）		
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス □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（　　級、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　□大声で聞こえる　□難聴 （状況　　）		
言語・会話	□普通　□不明瞭　□失語　□会話不能		
認知症状等	□無　□有（軽度・中度・重度） 症状（□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　　年　　月（頃） 昭・平　　年　　月（頃） 昭・平　　年　　月（頃）		

【特記事項】

介 護 支 援 専 門 員 等 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

在宅ｻｰﾋﾞｽ利用限度額割合	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	介護者が障害や疾病	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

意見書作成日　　平成　　年　　月　　日

意見書作成者　　印