

## 特別養護老人ホーム希望苑入所申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 希望苑  
施設長 飯塚 一夫 様

申込者氏名 (印) 続柄 ( )

住 所

電話番号 ( )

特別養護老人ホーム希望苑に入所したいので、次のとおり申込みいたします。

入所対象者	被保険者番号								※介護保険証でご確認ください		
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください									
	氏名										
	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和	性別	1 男	2 女				
		年	月	日							
	要介護区分	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					※介護保険証でご確認ください				
		平成 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	別居・同居	別居先の電話等					
					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)											

私は、上記入所申込者情報については、希望苑が市町村介護保険事業計画策定等のための、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。

対象者名 (印)

申込者名 (印)

(施設記入欄) 【受付No 〇〇〇〇】

受付年月日	平成 年 月 日	受付者氏名	(印)
特記事項			

## 介護支援専門員等の意見書

対象者氏名 \_\_\_\_\_

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	定期的に利用している	必要に応じて利用している	利用していない
-----------	------------	--------------	---------

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	有・無( )
⑤	介護者の就労	有・無(職種等 日/週 時間/日)
⑥	他の要介護者	有・無(要支援・要介護 1 2 3 4 5)
⑦	介護者が育児、家族が病気	有・無( )

4. 他の介護協力者

①	他の同居介護協力者	有・無(続柄) 日/週程度( )
②	別居血縁者介護協力者	有・無(続柄) 日/週程度( )

5. 特記事項及び意見

①	医療的処置:膀胱カテーテル、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	長期入院等による退所後の再入所
⑤	その他
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

意見書作成日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

事業所名又は施設(病院)名 \_\_\_\_\_

意見書作成者 \_\_\_\_\_ 印

入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他( )		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数( 単位) 他施設申込状況( )		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類: 障害名: ) 判定( 級、その他 )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯( )		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 特浴・中間浴・一般浴 )		
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( 有・無 ) 便 日 回 失禁( 有・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"/> 立位不可 ) 移動器具の使用( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 ) (状況 )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・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		
認 知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度・中度・重度 ) 行動障害 ( <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 年 月頃		
	昭・平 年 月頃		
	昭・平 年 月頃		

【特記事項】
--------