

施設入所申込書の記入について

この度は入所のお問合わせを頂きありがとうございました。

当施設では、入所の必要性を評価する基準を設置し、各項目について点数化し、総合的に勘案して入所順位を決定しております。

入所希望者ご本人や介護者等の状況など、必要項目をご記入ください。

記入もれがありますと、入所判定会議で検討できないので、電話等で確認することがありますので、ご了承ください。

なお入所申込後、入所希望者の要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度や介護者の状況などに変更がありましたら連絡をお願いします。改めて評価見直しを行います。

【ご記入方法】

1 ページ上段

- ・入所希望者ご本人のことをご記入ください。

1 ページ下段

- ・申込者（電話をかけていただいた方等）についてご記入ください。
- ・連絡先は申込者と同様であれば、「同上」でけっこうです。
- ・申込状況は、当法人には、亀岡園と第二亀岡園がございます。両方の場合は、その箇所にチェックをしてください。

2 ページ、3 ページ

- ・【入所希望者の状況】について、もれなくご記入下さい。
- ・3 ページの「介護に関する状況」は、下段参照を確認いただいてご記入ください。

4 ページ

- ・【介護者の方の状況】（主たる介護者を含む、入所希望者の介護に関わっておられるすべての方）の状況をご記入ください。現在、入所希望者ご本人が施設入所や病院入院中であっても、必ずご記入ください。
- ・【主たる介護者の意見】については、介護しているうえでの悩みや困っておられることなどを、できるだけ詳しく具体的にご記入ください。

5 ページ

- ・【近親者（同居の世帯員を含む）の状況】についてご記入してください。
枠内に配偶者、親、子、孫、兄弟姉妹の方々のお名前を書き込んでください。

6 ページ

- ・担当のケアマネジャーさんに依頼し記入していただいでください。
（優先入所への意見の欄にも、ケアマネジャーさんにご記入をお願いいたします。）
- ・入院中等で担当ケアマネジャーさんがいない場合は、病院のソーシャルワーカーさんや担当看護師さん等に依頼してください。

【注意事項】

介護保険の改正に伴いまして、平成 27 年 4 月 1 日より、介護度が 1 又は 2 と判定された方の申込書については市町村へ報告することとなりました。つきましては、下記の事項を依頼させていただきます。

- ・平成 27 年 4 月 1 日から、介護度 1 又は 2 の方及び、介護度がわからない場合（申請中の方など）は、入所申込みのほかに、施設入所申込書と特例入所申出書を家族様（来訪者）にお渡しします。必ず、ご記入し、入所申込書と一緒に提出ください。
- ・施設入所申込書と特例入所申出書の同意欄代筆者名と続柄をご記入し、押印をお願いします。介護度 1 又は 2 の方については、介護保険被保険者証に記名されている保険者へ提出させていただきます。

【添付書類】

1. 介護保険被保険者証（写）

2. 介護保険負担限度額減額認定証（写）…（認定を受けてられる方のみ）

※介護度 1 又は 2 の方につきましては、上記の 2 点、介護保険被保険者書に記名されている保険者への提出分を含めて、**2 部**ご用意ください。

3. 直近のサービス利用票及び利用票別表（写）…（現在、在宅で介護保険サービス(利用の方のみ)

4. 割合票（写）

※お問合わせがございましたら、生活相談員まで連絡ください。

特別養護老人ホーム亀岡園 電話：0771-24-5408 FAX：0771-24-0104

特別養護老人ホーム第二亀岡園 電話：0771-25-9700 FAX：0771-25-9701

指定介護老人福祉施設入所申込(変更届出)書 (特別養護老人ホーム)

社会福祉法人 利生会
理事長 細川 美津子 様

入所を希望するので、下記のとおり申込(変更届出)をします。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入所希望者	ふりがな		性別	男	生年月日					
	氏名			女	明・大・昭	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 -								
					(TEL)
					(FAX)
					(携帯)
	被保険者番号		要介護度	1	2	3	4	5		
	保険者の番号		保険者の名称							
	認定の有効期限	平成・令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	認定審査会の意見等									
	介護度1及び2の方の入所を必要とする理由									

申込者	住所	〒 -						(TEL)	
								(FAX)	
								(携帯)	
	ふりがな		入所希望者との続柄									
	氏名											
連絡先	住所	〒 -							(TEL)
								(FAX)	
								(携帯)	
	ふりがな		入所希望者との続柄									
	氏名											

※申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

申し込み状況	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム亀岡園のみ申し込む <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム第二亀岡園のみ申し込む <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム亀岡園・特別養護老人ホーム第二亀岡園両方申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる 又は申し込む予定									
	既に申し込んだ施設名	()	()	()
	申込み予定施設名	()	()	()
		()	()	()

入所希望者の状況

入所希望者名	
--------	--

※以下の該当する項目にレ印の上、その状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設種別 (病院(介護保険外)・養護老人ホーム・軽費老人ホーム 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設 有料老人ホーム・グループホーム・その他) 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月から)			
入所を希望する理由 (該当する項目をいくつかも選択して下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	年 月 日	病 名	治療内容	治療を受けた医療機関
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
現病歴	病 名			
			
			
			
内服薬			
食事制限	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()			
薬剤アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			

入所希望者名

身体状況	身長	cm
	体重	kg
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	メガネ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 無口	
	<input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	
	<input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 融通がきかない	
介護に関する状況	移動	離床 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		離床状況 <input type="checkbox"/> 大半離床 <input type="checkbox"/> たまに離床(食事時・トイレ時など) <input type="checkbox"/> 常に臥床
		移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行(独歩) <input type="checkbox"/> 歩行(補助具： <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・介助)
	食事	摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		食事形態 主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パン 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
		食物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	嗜好	タバコ (本 / 1日) 【見守り】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
		酒 (/ 1日) 【見守り】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	排泄	意識 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
行為 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体清潔	排泄場所 <input type="checkbox"/> オムツ使用(終日・昼間のみ・夜間のみ) <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用(終日・昼間のみ・夜間のみ)	
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 一般浴	
心理	着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	理解 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
麻痺・拘縮	指示 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 【身体障害者手帳】 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 無	
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【内容】	
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 熟睡 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 眠剤を使用している	

※参照 介護に関する状況

種別	自立	部分介助	全介助
移動	離床 自分で布団・ベッドから離れられる	離床に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
	移動 自分で移動できる	移動に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
食事	摂取 自分で食事が摂取できる	摂取に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
	意識 排尿・排便の意識がある	時々失敗など、意識に手助けが必要	まったくできない
排泄	行為 自分で排泄ができる	排泄に際し、なんらかの手助けが必要	まったくできない
	入浴 自分で入浴ができる	入浴に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
身体清潔	着脱 自分で衣服の着脱ができる	着脱に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
	理解 自分、他者を理解できる	時間・場所などわからないときがある	まったく理解できない
心理	指示 他者の指示が理解できる	他者の指示がわからないときがある	まったく指示がわからない

入所希望者名	
--------	--

◇ 本人と介護者の状況

該当する項目に全てチェックを入れてください。

- 一人暮らしで、まったく介護者がいない。
- 一人暮らしあるが、介護者がいる。
- 本人を含む世帯全員が75歳以上の年齢である。
- 本人を含む世帯全員が65歳以上の年齢である。
- 介護者はいるが、介護者に疾病、傷病、障害があったり、入所希望者以外の人の看病、介護、育児の必要があったり、就労等の介護困難な事情のため十分な介護ができない。

◇ 同居家族と介護者(同居家族と別居であっても介護に関わる人を全て記入して下さい)

主	氏名	年齢	性別	本人との続柄	本人と同居・別居の別 (別居の場合は住所を記入のこと)	介護困難な事情

(注) 1 主の欄は主たる介護者(主になって介護されている方)について○印を記入してください。
 2 介護困難な事情の欄は、具体的に記入してください。

◇ 主たる介護者の意見

介護しているうえでの悩みや困っていることなどを具体的に記入してください。

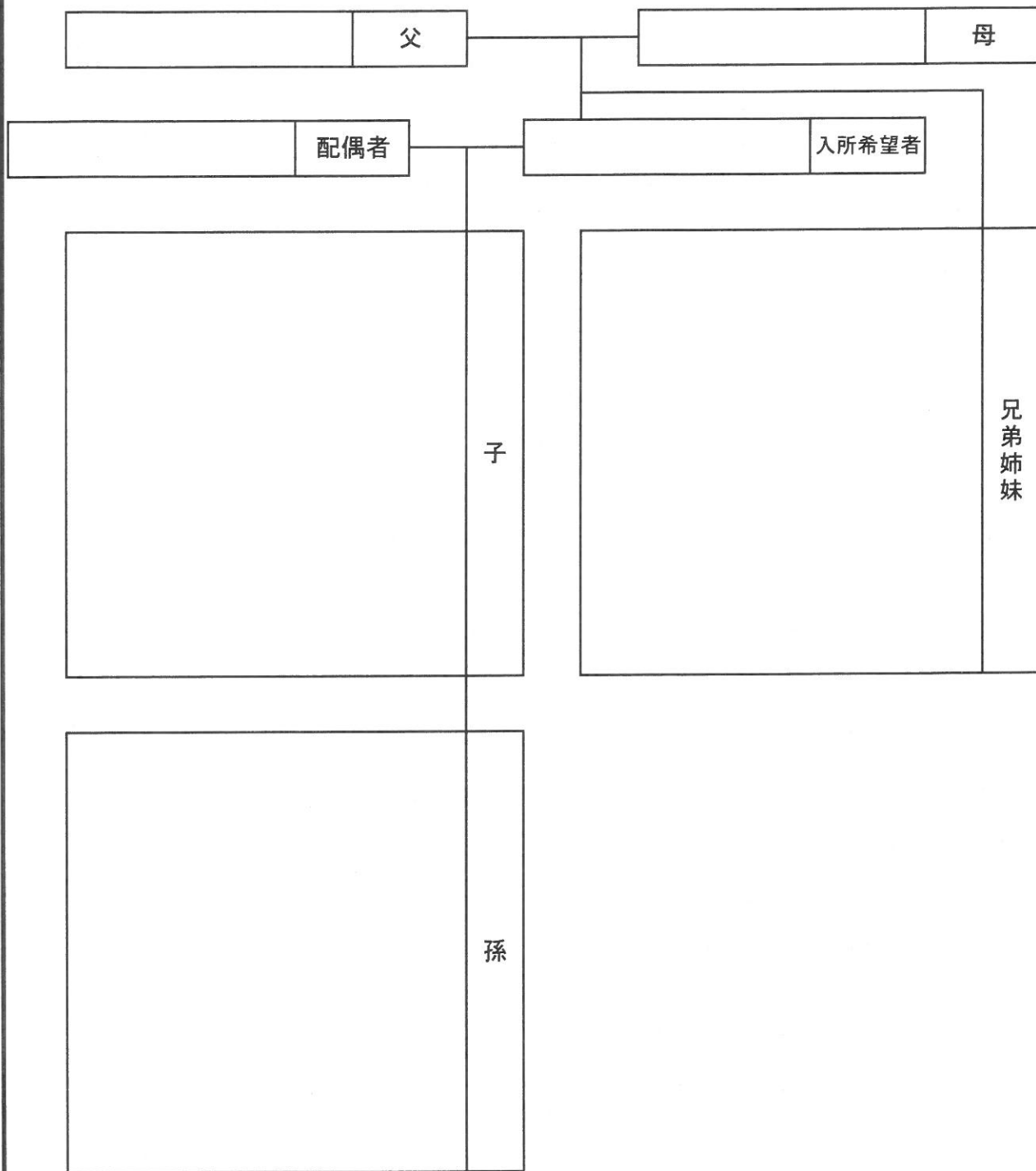
(例)認知症による問題行動(徘徊、不潔行為、不穏行為、暴力行為、昼夜逆転、異食行為、被害妄想、火の不始末など)
 在宅サービス利用上の悩み、介護疲れ、将来への不安など(書ききれない場合は、任意の用紙に記入、添付してください)

入所希望者名

◇ 近親者(同居の世帯員を含む)の状況

※ 枠内に氏名を記入し、その後に()でその方の住所(町名まで)を記入して下さい。

記入例：亀岡 太郎(亀岡市河原林町)、亀岡 花子(南丹市園部町)、亀岡 次郎(本人と同居)



優先入所介護支援専門員意見書

入所希望者名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

担当ケアマネジャー		
氏名:	事業所名:	連絡先電話番号:

1 本人の状況

要介護度	要介護	1	2	3	4	5			
障害老人の日常生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	

2 在宅サービス利用度

在宅サービス限度額割合	60%以上	20%～60%未満	20%未満
-------------	-------	-----------	-------

3 介護支援専門員の優先入所への意見