

指定介護老人福祉施設入所申込書 (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)		
介護保険被保険者番号			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		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方の理由は別紙必要です。									

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	()	()	()	()	()	()	()	()	()
		()	()	()	()	()	()	()	()	()
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、亀岡市等に、この申込内容を情報提供するとに同意します。 年 月 日 氏名 印									

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ため <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	
	聴力	<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	
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
	食事	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)
		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
		着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	心理	理解	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
指示		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
麻痺・拘縮	<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

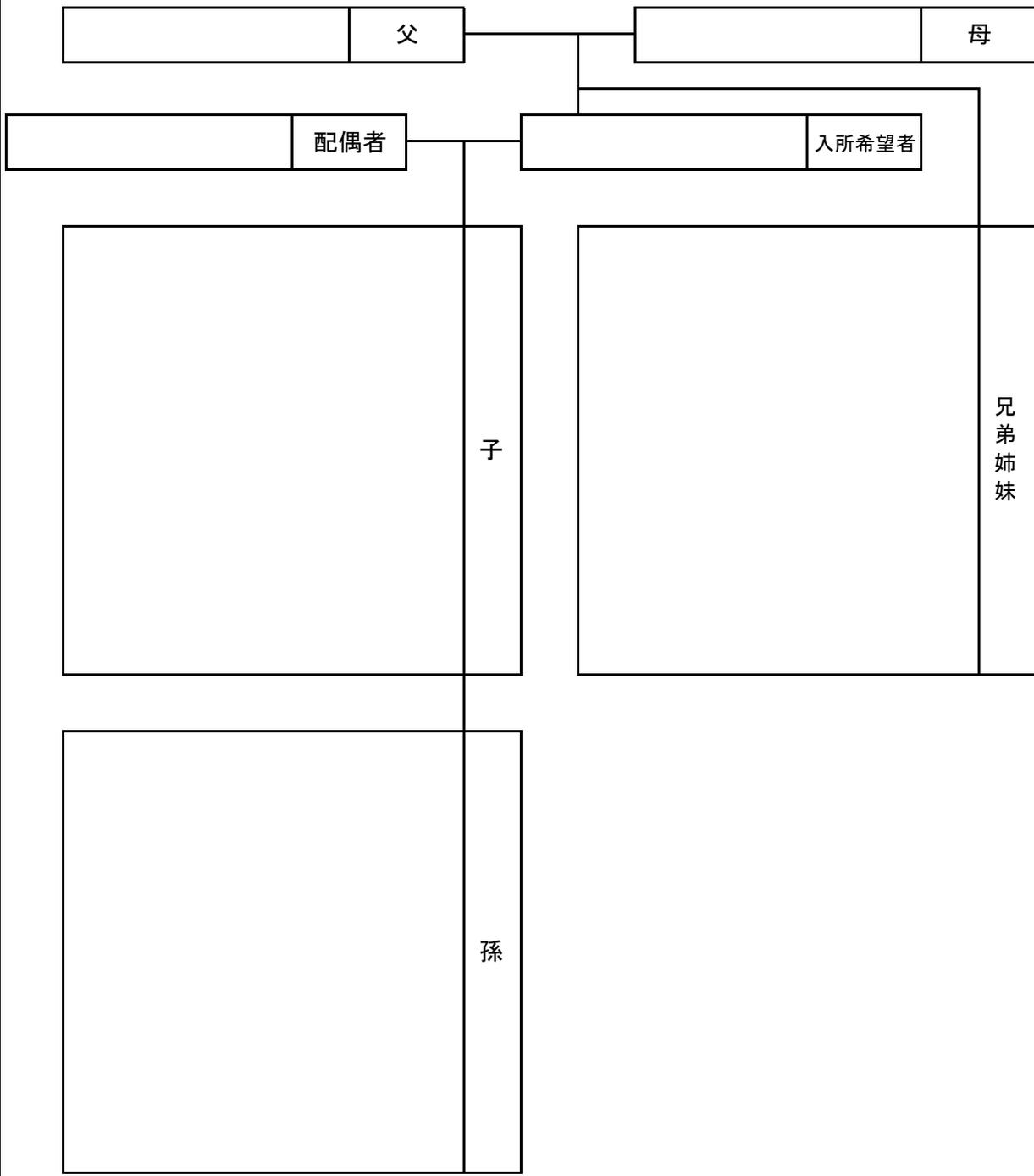
種別	自立	部分介助	全介助	
移動	離床	自分で布団・ベッドから離れられる	離床に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
	移動	自分で移動できる	移動に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
食事	摂取	自分で食事が摂取できる	摂取に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
	意識	排尿・排便の意識がある	時々失敗など、意識に手助けが必要	まったくできない
排泄	行為	自分で排泄ができる	排泄に際し、なんらかの手助けが必要	まったくできない
	入浴	自分で入浴ができる	入浴に際し、何らかの手助けが必要	まったくできない
身体清潔	着脱	自分で衣服の着脱ができる	着脱に際し、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	
--------	--

◇ 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(ケースワーカー)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
介護支援専門員の意見	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					

主治医の診断	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					

主治医意見書・診断書作成日: 年 月 日付

2 サービスの利用

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

他介護保険施設若しくは病院等入所(入院)中である	施設名
--------------------------	-----

3 介護支援専門員の優先入所への意見