

特別養護老人ホームひまわり園 入所申込書(ご家族記入)

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	
入居申込者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
		現住所	
介護保険者		電話番号	
要介護度	1 2 3 4 5	被保険者番号	
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
1. 現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし		
	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		
	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している		
	◆施設名または病院名:		
	◆所在地:		
◆入所または入院期間: 年 月 日から入所・入院している			
2. 入所希望理由	<input type="checkbox"/> ひとり暮らしである <input type="checkbox"/> 介護者が高齢である		
	<input type="checkbox"/> 介護者が病気である <input type="checkbox"/> 介護者が就労している		
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難 (理由: )		
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> いますぐ入所したい		
	<input type="checkbox"/> 年 月 日頃までに入所したい		
4. 入所希望施設	<input type="checkbox"/> 本館(従来型特別養護老人ホーム)のみ希望		
	<input type="checkbox"/> 新館(ユニット型特別養護老人ホーム)のみ希望		
	<input type="checkbox"/> どちらでもよい		
5. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルン留置		
	<input type="checkbox"/> その他( )		
	◆既往歴・現在治療中の病名:		
	◆病院名:		
◆主治医:			
6. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名:		
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級):		
7. 申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込		
	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または申し込む予定である(計 施設)		

【申請者連絡先】

ふりがな		性別	男 女
氏名		続柄	
		生年月日	大・昭・平 年 月 日
電話番号(自宅)		住所	
電話番号(携帯)			
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している		
	<input type="checkbox"/> 別居している		
	<input type="checkbox"/> 別居しているが同一敷地内にて生活している		
家族からの意見			

【担当ケアマネジャー連絡先】

氏名		事業所名	
		電話番号	

介護支援専門員の入所調査票(介護支援専門員⇔特養)

入所申込者氏名		被保険者番号								
担当ケアマネジャー名		所属事業所名		連絡先番号						

項目		評価基準										点数
共通項目	1. 本人の状況	要介護度 1 2 3 4 5										
		行動障害:										
	2. 介護の必要性	<input type="checkbox"/> 8割以上10割										
		<input type="checkbox"/> 6割以上8割未満										
		<input type="checkbox"/> 4割以上6割未満										
		<input type="checkbox"/> 2割以上4割未満										
		<input type="checkbox"/> 2割未満										
	3. 家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がいない										
<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労												
<input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難な状況												
4. 入所の状況	居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所・入院している											
5. 日常生活自立度	自立	J-1	J-2	A-1	A-2	B-1	B-2	C-1	C-2			
6. 認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M				
7. 介護者の急死や緊急入院、住居の立ち退き、住宅改修が困難である等の居住環境の問題点、その他特別な状況												
特例入所	8. 考慮事項(要介護1、要介護2の方のみ)											
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる											
	<input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる											
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である											
	<input type="checkbox"/> 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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である											

★同居家族・近親者

	氏名	年齢	続柄	同居	別居	住所
1						
2						
3						
4						
5						
6						

★第1連絡先(申込者の窓口となる方・施設入所の判定結果を連絡します)

フリガナ 氏名	電話番号(自宅)	
	電話番号(携帯)	

☆ケアマネジャーからの意見(施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入してください)
