

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※口欄は、該当するものに×を記入してください。

### 指定介護老人福祉施設等入所申込書

入 所 を 希 望 す る 者	フリガナ		保 険 者 名	
	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳	性別 ( 男 ・ 女 )	
	現 住 所	〒 - 電話番号 - -		
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) <認定有効期間> 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている		
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がいない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる			
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
( 該当するものはすべて選んでください。 )				
指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム かもいけ 施設長 殿  貴施設に入所を希望するため申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、市町村、地域包括支援センター、病院、施設等から情報提供を受けることに同意します。また、市町村が居宅介護支援事業者等に、入所申込者の状況等を確認することに同意します。  平成 年 月 日 (申込者) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 (続柄) _____				

提出者 (連絡先)

氏名 :	続柄 :	電話番号 :
〒 :	住所 :	

※太ワクの中をすべて記入してください。（不明な点は、施設にご相談ください。）

※□欄は、該当するものに×を記入してください。

◎介護者・家族等の状況

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主たる介護者	フリガナ			年齢	本人との関係	備考	
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病（＜具体的に＞） <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人の看病等があり、介護困難な状態である（＜具体的に＞） <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である（＜具体的に＞） <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している（期間：約 年）					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり（氏名_____ 続柄 _____） <input type="checkbox"/> 常時あり（氏名_____ 続柄 _____）					
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]					

申込者名

◎入所希望者の状況

入 所 希 望 者 の 状 況	サービス等 の利用 状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている ( ・施設名又は医療機関名: _____ ( _____ 市・町・村) ) ( ・所在地: _____ ) ( ・入所又は入院時期: 平成 _____ 年 _____ 月から入所(入院)している。 ) ( ・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。( いる ・ いない ) )
		<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した ( ・入所していた施設名: _____ ( _____ 市・町・村) ) ( ・退所した時期: 平成 _____ 年 _____ 月退所 )
		<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 ( <input type="checkbox"/> 週3回以上 <input type="checkbox"/> 週2回以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~6日 <input type="checkbox"/> 週3日以下 ) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (最近3か月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (最近3か月の利用日数 _____ 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 ( _____ )
住宅の 状況		<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
		<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由)
		その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 ( _____ )
	認知症などの 状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁にみられるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない ( <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど) ) ( <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) ) ( <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口にすること) ) ( <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
入所希望者が要介護1・2の場合	特例入所の申立	<p><u>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。</u>  <u>ご自身の判断で該当と思われる項目に印をつけてください。</u></p> <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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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。 ※具体的状況 ( _____ )

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください。)

※口欄は、該当するものに×を記入してください。

入 所 希 望 者 の 状 況	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <現在療養中の病気・特記事項等>	
		主治医	( 病 院 名 ) ( 医 師 名 ) ( 住 所 ) ( 電 話 番 号 )      —      —

介 護 支 援 専 門 員 記 入 欄	担当介護支援専門員 氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
	障害高齢者の日常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2		
	在宅サービス利用率	% (直近3ヶ月の平均)		
	意見等	( 特例入所の要件 (※要介護1・2の場合のみ) に該当するかや、入所の必要性 緊急性などの意見を記入してください。 )		

※要介護1・2の方の「特例入所」の要件

- ①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・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ②知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られる。
- ③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・安心の確保が困難である。
- ④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。

施 設 記 入 欄	入所申込書受付日	平成	年	月	日
	入 所 決 定 日	平成	年	月	日

# 診 療 情 報 提 供 書

宛先 特別養護老人ホームかもいけ 担当医

フリガナ					明治 大正 昭和	年	月	日	歳	男・女
氏名	様									
住所	〒						TEL			
主病名・既往歴等										
1)	発症	年	月	日	5)	発症	年	月	日	
2)	発症	年	月	日	6)	発症	年	月	日	
3)	発症	年	月	日	7)	発症	年	月	日	
4)	発症	年	月	日	8)	発症	年	月	日	
現病歴										
現在の症状・総合所見										
使用中の薬剤等（ 薬剤情報提供書など添付していただいても結構です ）										
<input type="checkbox"/> 胸部 X線検査（直接撮影） 平成 年 月 日 1. <input type="checkbox"/> 異常無し 2. <input type="checkbox"/> 異常有り 3. <input type="checkbox"/> 未実施					<input type="checkbox"/> 心電図 平成 年 月 日 1. <input type="checkbox"/> 異常無し 2. <input type="checkbox"/> 異常有り 3. <input type="checkbox"/> 未実施					
<input type="checkbox"/> 頭部 MRI又CT 平成 年 月 日 1. <input type="checkbox"/> 異常無し 2. <input type="checkbox"/> 異常有り 3. <input type="checkbox"/> 未実施					<input type="checkbox"/> 結核の既往 1. <input type="checkbox"/> 無し 2. <input type="checkbox"/> 有り					
<input type="checkbox"/> 血液検査										
アレルギー 食物 1. <input type="checkbox"/> 無し 2. <input type="checkbox"/> 有り ( ) 薬物 1. <input type="checkbox"/> 無し 2. <input type="checkbox"/> 有り ( )										
食事種類 <input type="checkbox"/> 一般食 主食 副食 カロリー kcal 水分制限 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 他										
身長 cm 視力 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 身体症状 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 体重 kg 聴力 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 歩行障害 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 血圧 - 言語障害 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有										
HDS-R /30点 行動障害 1. <input type="checkbox"/> 無し 2. <input type="checkbox"/> 有り ( )										
障害老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 / 介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5										
上記、診断の通り相違ありません。 平成 年 月 日 所在地 医療機関名 担当医師氏名 <span style="float: right;">印</span>										