

入 所 申 込 書

(県南地区共通様式)

令和 年 月 日

横手市特別養護老人ホーム 鶴寿苑 施設長 様

申込者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名	続柄 ( )
電話番号	( )
連絡先	( )

横手市特別養護老人ホーム 鶴寿苑 に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保険者番号											被保険者番号											
	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください																					
	氏 名																性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	生年月日																年齢	歳					
	住 所	〒 _____																					
	電話番号	( )										FAX番号	( )										
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 ( <input type="checkbox"/> 変更) 申請日： 令和 年 月 日																					
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~											令和 年 月 日まで										
	現在の環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ( )																					
		担当居宅介護支援事業所名											担当介護支援専門員名										
	その他の施設申込状況											・ ・ ・ ・											
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	別居先の電話等																	

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定の他、入所ガイドラインによる判定のため、関係保険者から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。【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

入所対象者氏名 印

申 込 者 氏 名 印

(施設記入欄)

特 記 事 項											受 付 印	

調査対象者氏名

様

1 現在の要介護度等	認知症高齢者自立度	障害高齢者自立度	
2 認知症によるBPSD等	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> 無し		
・ 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (医療機関名: 医師名)		
・ 認知症による 中核症状・周辺症状等について	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
3 在宅サービス利用限度額割合 (利用単位数 単位)	<input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満		
4 利用している介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所(特養他) <input type="checkbox"/> 短期療養(老健他) <input type="checkbox"/> 認知症対応型(GH) <input type="checkbox"/> 特定施設生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
5 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
6 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 歳 (利用者からみた関係: )		
7 介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担無し		
8 介護者の疾病・障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
9 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種( ) 時間( )		
10 他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援・要介護		
11 介護者の育児・看病他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
12 介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護拒否 ( )		
13 他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度( )		
14 別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度( )		
15 近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり ( )		
16 現病歴について	1. (発症年月日 年 月 日頃)		
	2. (発症年月日 年 月 日頃)		
	3. (発症年月日 年 月 日頃)		
17 薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬の内容等)		
18 特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 酸素治療 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> 感染症 病名等: <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位: その他 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 頻度( )		
19 ADL等			
視力	( )	聴力	( )
言語	( )	会話	( )
寝返り	( )	起き上がり	( )
座位保持	( )	立ち上がり	( )
移乗	( )	食事	( )
立位保持	( )	階段昇降	( )
歩行・移動	( )	入浴	( )
更衣	( )	意志伝達	( )
排尿	( )	排便	( )
服薬	( )	金銭管理	( )
20 特記事項及び意見			
.....			
.....			
.....			
.....			

(追加情報提供ある場合は別紙にて添付の事) 情報提供書作成日 令和 年 月 日

情報提供書 所属事業所名:		介護支援専門員	
作成者 電話番号:		氏名	印

情報提供書に記入しきれなかった事項についての追加情報

身体状況・ADL・疾病・家族の事情・住宅環境 他について