

特別養護老人ホーム なりすな (1号館、2号館)

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) 入居申し込み書台帳 ①

申込者氏名	フリガナ:	施設記入欄	申込日	令和	年	月	日	
	氏名:		受付日	令和	年	月	日	
	〒		続柄	受付番号				
	住所:		担当者					
	電話番号:		法人名	社会福祉法人 青谷福社会				
	携帯番号:		入所申込施設名	特別養護老人ホーム なりすな				

*連絡については 今後申し込みのかたにさせていただきます

本人の状況	フリガナ		性別	保険者(番号)				
	氏名		男・女	被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5	
	要介護認定期間	平成・令和		年	月	日から	変更申請日	
		令和		年	月	日まで	変更申請理由	
	自宅住所	〒			電話番号			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院入所						
	同居者(自宅のみ)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 夫又は妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 同居なし						
	*自宅以外に居住されている場合に記入	施設・病院等の名称		住所	〒			
		入居入院期間	平成 令和	年	月	日から	電話番号	
理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為 <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為 <input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的な負担が大きく十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で居住していることにより十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去をもとめられているが、自宅での介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 経済的な負担が大きい為							
※要介護度が1, 2の方のみ記入	居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない理由							
本人の入居の意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解困難							

入居申込者(本人)氏名				被保険者番号	
受付番号				保険者(番号)	
事業者名				連絡先 電話番号	
担当介護支援専門員等 氏名				記載日	
基本的評価基準					
要介護度	痴呆性老人の日常生活自立度	在宅サービスの利用率	介護者の有無	地域性	合計
1・ 2・ 3・	I. II a. II b. III a	%	単身	同一市町村	
4・ 5・	III b. IV. M 正常	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入居中	同居	圏域内、隣接市	
点数	点	点	点	点	点
ケ ア マ ネ ー ジ ヤ ー 等 見 書 入 欄	【本人の心身の状況】		【在宅生活に支障のある内容】		
	<input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である		<input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難		
	<input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転、徘徊等の周辺症状があり、介護者の日常生活に支障がある		<input type="checkbox"/> 十分なケアが受けられない		
	<input type="checkbox"/> 食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である		<input type="checkbox"/> 病院などの入院者で帰る家がない		
	<input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを要する		<input type="checkbox"/> 経済的な理由		
	<input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である		<input type="checkbox"/> その他()		
	その他()		【住環境】		
	【介護者の状況】		<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない		<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用で住環境に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるがほかに介護や育児が必要な者がいる		<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている		
<input type="checkbox"/> 十分な介護が困難(高齢、障害、症病、就労、その他:)		<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 遠隔地にいる		【参考項目】			
<input type="checkbox"/> 近隣にいる		①家族の負担感			
<input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人)		<input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい			
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある			
【在宅生活継続の可能性】		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある			
<input type="checkbox"/> 極めて困難		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用で順調			
<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが生活に支障がある		<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用していないが順調			
<input type="checkbox"/> 検討の余地あり		②意思疎通			
<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用することで生活の継続が期待できる		<input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難			
その他()		<input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない			
		<input type="checkbox"/> 特に問題ない			
		③入居について			
		<input type="checkbox"/> 強く拒否 <input type="checkbox"/> 強く拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難			
		<input type="checkbox"/> 希望していないが同意 <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる			
＜特記事項＞					

様式③

本人の状況	介護支援専門員 氏名		居宅介護支援 事業所名	
			電話	
	居宅 サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	医療 の 状況	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他()		
		治療中の病名		
受診している医療機関				
他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込み有り(箇所)			
	すでに申し込んでいる他の施設名:			
	今後申し込む予定の施設名:			
	待機期間(最初の入居申し込みからの経過年月) 年 月			
主たる介護者の状況	フリガナ			
	介護者氏名	住所		
	続柄()年齢()	電話番号		
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族 <input type="checkbox"/> 親族ではない援助者あり <input type="checkbox"/> 援助者なし			
	意見等(現在の介護でお困りの内容)			
<p>入居申込に際し、入居の申し込みから入居契約までの手続及び入居順位の決定方法について、施設からの説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名: 続柄()</p>				
同意書	<p>今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入居申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入居申込理由等について、県及び保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 氏名: 続柄()</p>			

介護保険 要介護・要支援認定結果提示同意書

本人住所 _____

本人氏名 _____

私は、介護サービス計画を作成するために必要が生じたときは、要介護・要支援認定結果について下記の指定居宅介護事業者、居宅サービス提供事業者または介護保険施設の担当者に提示することに同意します。

提示内容

- 要介護・要支援認定結果（認定日・要介護状態区分・認定の有効期間）
- 認定調査票
- 主治医意見書

事業者または施設名称

所在地

上記のとおり同意します。

鳥取市長 様

年 月 日

本人署名 _____ 印

(本人署名が困難なとき)

代理人氏名 _____ 印 続柄 _____

本人署名が困難な理由 _____

*本人の署名が困難なときは、代理人（家族、親族、後見人等）の氏名、続柄、及びその理由を記入してください。

施設利用申込に係る日常生活動作調査票

記入日 年 月 日

特別養護老人ホームなりすな

対象者氏名

該当する番号に○を付けてください。

【日常生活動作について】

移動	1 一人で歩ける 2 杖、歩行器で歩ける 3 介助者がいれば歩ける 4 車椅子(自操できる ・ できない) 5 寝たきり 特記)	会話	1 普通に話せる、日常会話可能 2 話せるが、しゃべりにくい 3 何とか聞き取れる 4 発語はあるが聞き取れない 5 全くできない 特記)
立位	1 一人で行える 2 椅子から一人で行える 3 物に掴まって何とかできる 4 介助が必要 5 全くできない 特記)	寝返り	1 一人で行える 2 どうにか一人で行える 3 柵に掴まって何とかできる 4 少し介助が必要 5 全くできない 特記)
食事	1 一人で食べられる 2 一人で食べるが時間がかかる 3 少し介助が必要 4 一人では全く食べられない 5 経管栄養 特記)	更衣	1 一人で行える 2 一人で行えるが時間がかかる 3 少し介助が必要 4 大部分介助が必要 5 全くできない 特記)
排泄	1 トイレかポータブルで行える 2 トイレへ案内すればできる 3 尿意はあるが介助が必要 4 常時オムツを使用 5 バルンカテーテル使用 特記)	洗面	1 一人で行える 2 準備すればできる 3 少し介助が必要 4 全面介助で行える 5 うがいもできない 特記)
入浴	1 一人で行える 2 一人で行えるが時間がかかる 3 少し介助が必要 4 全部介助が必要 5 長い間入浴していない 特記)	睡眠	1 夜間十分睡眠をとっている 2 なかなか寝つかれない 3 睡眠薬を服用している 4 睡眠が不規則 5 昼夜逆転 特記)

【認知症による症状について】

1 同じことを何度も聞く又は話す 2 家族の顔がわからない 3 介護に抵抗することがある 4 色々な物を集めることがある 5 幻覚や幻聴がある 6 食べ物以外の物を食べることもある	7 物を盗られたと言う事がある 8 暴力をふるうことがある 9 他者への暴言がある 10 目的もなく動き回る事がある 11 夜間の不眠がある 12 大声を出す事がある
---	--

【その他】