

様式 1

地域密着型介護老人福祉施設あかひげ入所申込書

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設 あかひげ
施設長 あて

申込者氏名 続柄 ()
住 所
電 話 番 号
携 帯 番 号

地域密着型介護老人福祉施設あかひげに入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証コピー添付。	
	フリガナ 氏 名												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									性 別	1. 男 2. 女	
		年	月	日									
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)											
	認定有効 期 間	令和	年	月	日	から	区分変更 有 ・ 無						
		令和	年	月	日	まで	申請月日						
住 所													
電話番号	()					FAX番号	()						

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

特例入所申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)

--

私は、上記入所申込者情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定等のため、
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。

対象者名 印
申込者名 印

受付NO	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特 記 事 項			

入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	令和 年 月 日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
介護保険 サービス 確 認 欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込み状況 ()		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 、障害名) 判定 (級、その他)		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ()		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁 (有・無)		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 (状況)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況)		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症状 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 症状 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)		
既往歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		

【特記事項】

--

介護支援専門員等意見書

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
------	---	---	---	-----

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

2. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他				
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)				
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし			
④ 介護者が障害や疾病	無・有()						
⑤ 介護者の就労	無・有(職種等		日/週	時間/日)			
⑥ 他の要介護者	無・有(要支援、要介護		1	2	3	4	5)
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有()						
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通			
⑨ 他の同居介護補助者	無・有(続柄)		日/週程度()				
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有(続柄)		日/週程度()				
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—			

4. 特記事項及び意見

- ①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等
 ②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等
 ③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている。
 ④長期入院等に退院後の再入所
 ⑤その他

意見書作成日 令和 年 月 日 意見書作成者 印

支援事業者名 住所

電話 — —