

特別養護老人ホームたかとり 入所申込書兼台帳 ①

申込者連絡先 (家族等代理の方の場合)	氏名：	続柄	
	〒		
	住所：		
	自宅電話		
	携帯電話		

今後、郵便物などは上記住所に送付させていただきます。

施設記入欄	申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
	受付番号	担当者名		
	法人名	社会福祉法人 平成記念福祉会		
	入所申込施設名	特別養護老人ホーム たかとり		
	保険者への報告	不要 ・ 要		報告日： 令和 年 月 日

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)	要介護認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください		
	要介護度	1 . 2 . 3 . 4 . 5 ↓ 要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です <input type="checkbox"/> 認知症があり日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状況である。 <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。				
	介護保険負担限度額	負担限度額 <input type="checkbox"/> 申請済 (<input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階) <input type="checkbox"/> 申請未				
	自宅住所	〒	電話番号			
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 所在地 〒 - 入所又は入院期間 平成 年 月から(年 か月) 電話番号 ()				
	入所申込理由	<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」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <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"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()				
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <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"/> 認知力低下により理解困難				

特別養護老人ホームたかとり 入所申込書兼台帳 ②

本人の状況	在宅介護継続期間	年 月	居宅サービスの利用の有無	□有(下記も記入してください) □無			
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		通所介護	回/月	短期入所生活・療養介護	日/月	訪問リハ	回/月
		その他					
	入所希望時期	□早期希望(1~3か月内) □6か月以内 □1年以内 □1年以上()年以内					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号:	担当ケアマネジャー名				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】						
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んで(予定も含む)いる ()箇所 既に申込んでいる施設名 () () 今後申込み予定の施設名 () () 特養待機期間(他施設も含む) 年 月						
主たる介護者の状況	家族構成	□親 □配偶者 □子 □孫 □その他() 計 人					
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄() □同居 □別居	住所:	
	主たる介護者の氏名	男・女	満歳		電話番号: ()		
	意見等(介護等で困っていること)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)					
同居以外の親族・援助者の有無について	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし						

■注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用表及び別表の写しを添付のこと

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

特別養護老人ホームたかとり 入所申込書兼台帳 ③

本人の状況	身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左)
		発語	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
		寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 電動ベッド 場所 <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 洋室
	生活動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		移乗動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		移動動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 福祉用具 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス
		着替え	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必要 (形状：)
		排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 オムツ <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> テープ式オムツ
		入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 介護浴 <input type="checkbox"/> 特浴 (機械浴) 場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護施設 (施設名：)
	精神面	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) *いつ頃から 受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院・医院名：)
		周辺症状	徘徊 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 被害妄想 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 抵抗暴力 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 不潔行為 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 異食行為 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある 収集癖 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ある
性格		<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> その他 ()	

住環境	自宅	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> ハイツ・マンション (階 エレベーター： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 改修済 (いつ頃：) ・ 改修場所 ()

入所申込みに係る同意書

社会福祉法人平成記念福祉会、特別養護老人ホームたかとりへの入所の申込みにあたり、その手続きについて説明を受け、下記の事項について同意します。

記

- 入所申込みを受けた施設が介護保険の保険者[市町村等]（以下「介護保険者」という）に対し、本申込書の内容及び、施設入所選考に必要な情報を提供すること

- 介護保険者が介護保険サービスの提供に際して、必要な情報を関係する機関又は介護サービス事業者に提供すること

【要介護1又は2で特例入所の要件に該当する人のみ】

- 介護保険者が施設入所選考に際して、保有する情報や、関係する機関又は介護サービス事業者から取得した情報を、施設に対し提供すること

令和 年 月 日

入所申込者（本人） 氏名： _____

家族等代理の方 氏名： _____

主たる介護者の方 氏名： _____

特別養護老人ホームたかとり 入所申込書兼台帳 ⑤

【施設担当者 記入欄】

担当相談員：

施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日	受付番号		入所日	年 月 日
保険者への報告		要 ・ 不要 年 月 日	保険者から の情報提供	有 無	年 月 日	
施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
【評価すべき個別の事項等】						
【担当相談員】						
施設 記入 欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・ 3・4・5	・単身 ・高齢者のみ世帯で介護者が要支援 以上の世帯 ・その他の世帯	% □未利用 □入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
			点	点	点	点
【評価すべき個別の事項等】						
【担当相談員】						