

# 特別養護老人ホーム 夢うさぎ 入所申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 青嵐会  
特別養護老人ホーム 夢うさぎ  
施設長 保坂 一弘 様

申込者氏名 続柄 ( )

住 所 〒

電話番号 ( )

特別養護老人ホーム 夢うさぎに入所希望するため、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号										介護保険証で確認して下さい	
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	男 ・ 女						
		年	月	日			歳					
	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5		
	住 所	〒										
電話番号	( )											
家 族 状 況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	電話番号						
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
特例入所申込理由記記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)												

◎介護保険被保険者証の写しを添付してください。

私は、上記入所申込者情報について、特別養護老人ホーム夢うさぎが市町村介護保険事業計画策定のため、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。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

申込者名 \_\_\_\_\_

## 入 所 申 込 調 査 票

対象者氏名			調査月日	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"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期療養 <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)							
	他施設申込状況 ( )							
健康保険	種別							
年金等	種別		金額	円				
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		義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下・部分)				
	内 容	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> 経管 ( )		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ソフト			
		<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	食事制限( )			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (一般浴・特浴・ストレッチャー浴・リフト浴)							
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"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 )							
	尿意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無	失禁	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無
	便意	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無	失禁	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無
	下剤服用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) (下剤内容: ) 排便状態 ( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 便秘 )							
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 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <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		眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	補聴器使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (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"/> 会話困難							
認知症等	<input type="checkbox"/> 有 ( I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M ) <input type="checkbox"/> 無 問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ) (状況: )							
内服状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名:							
既往歴	年 月 日 (頃)							
	年 月 日 (頃)							
	年 月 日 (頃)							
かかりつけ医	病院名		科		主治医			
【特記事項】								

# 介 護 支 援 専 門 員 意 見 書

## 1. 本人の状況（対象者氏名 \_\_\_\_\_）

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

在宅サービス利用利用下限度額割合	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（本人から見た続柄 _____）		
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④ 介護者の障害や疾病	介護困難	多少介護可能	介護可能	なし
⑤ 介護者の就労	就労困難	4～8時間	4時間未満	なし
⑥ 介護者が育児、家族が病気	常時育児・看病	半日育児・看病	随時育児・看病	なし
⑦ 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
⑧ 他の同居介護補助者	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑨ 別居血縁者介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—
⑩ 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 長期入院等による退所後の再入所 ⑤ その他
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

意見書作成日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_  
事業所名

\_\_\_\_\_  
(TEL)

\_\_\_\_\_  
作成者名