

(家族等申込者代理の方の場合)	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	
	携帯電話	

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 吉兆会		
施設名	特別養護老人ホーム 吉兆苑		
保険者への報告	不要・要 報告日: 平成 年 月 日		

※今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	フリカナ		性別		保険者(番号)	/ / / / / / / / / / / / / / / /	
	氏名		男		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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ※未申請の方は記入してください 平成 年 月 日			
	要介護度	<p>1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5</p> <p>↓</p> <p>要介護1・2は下記のいずれかの該当が必要です</p> <p><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見られる。</p> <p><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見られる。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>					
	障がいの程度	<input type="checkbox"/> 療育手帳有りへ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 へ <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳ありへ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 へ					
	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"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている					
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設名称	所在地	〒			
	入所又は入院期間	年 月 から (年 月 日)	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」、「障害」、「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・精神的負担が大きき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"/> その他へ					
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						

本人の状況	在宅介護継続期間	年 月 日		居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有(右記に記載下さい) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 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)にも申し込んでいる (予定も含む) () 箇所 既に申し込んでいる施設名 () () 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	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人					
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	
	介護者氏名		男・女	満歳		住所: 電話番号:	
	意見等(現状の介護で困っていることなど)	(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。

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

事業所名		連絡先電話番号	
担当ケアマネジャー氏名		職 種	

基本的評価基準

要介護度	痴呆性老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サビスの利用率	地域性	合計
1・2・	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村・	
3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	圏域内、隣接市	

点数	点	点	点	点
----	---	---	---	---

ケアマネジャー記入欄 年 月 日 (意見欄) 入 日)	【本人の心身の状況】 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 痴呆を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・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"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <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 ()	<input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サビスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ()
	【介護者の状況】 <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難(高齢・障害・疾病・就労・その他:) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(人) <input type="checkbox"/> その他 ()	【住環境】 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭い等) <input type="checkbox"/> 在宅サビスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()
【在宅生活継続の可能性】 <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サビスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サビスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他 ()	【参考項目】 ・ 家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 殆どかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サビスを利用しているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サビスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サビスの利用ないが順調 ・ 意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・ 入所について <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難	
【在宅生活に支障のある状況】 <input type="checkbox"/> 近くに在宅サビ事業者がなくその利用が困難	<input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる	

【特記事項】

標準様式2

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	
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	痴呆性老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村	点
		3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	圏域内、隣接市	
			点	点	点	点	
	【評価すべき個別的事項等】						
施設記入欄	年 月 日 (記入日)	要介護度	痴呆性老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
		1・2・	I・IIa・IIb・IIIa・	単身・	%	同一市町村	点
		3・4・5	IIIb・IV・M・該当なし	介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	圏域内、隣接市	
			点	点	点	点	
	【評価すべき個別的事項等】						