

特別養護老人ホーム和幸苑入所申込

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム和幸苑

と長 様

申込者氏名 続柄 ()

住所

電話番号

携帯番号

特別養護老人ホーム和幸苑に入所したいので、次の通り申し込みたいです。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください					
	フリガナ 氏 名	(必ずフリガナもご記入ください)															
	生 年 月 日	1・明治			2・大正			3・昭和			性別	1・男			2・女		
		年	月	日	年	月	日	年	月	日							
	要 介 護 状 態 区 分	※ 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 ※ 令和 年 月 日 まで															
	住 所 電 話	— — (FAX) — —															
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											
					同・別												
					同・別												
					同・別												
					同・別												
					同・別												

私は、上記入所申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定とのため
情報提供を求められた場合には、その使用について同意いたします。

対象者氏名 印

署名代行者 印

申込者氏名 印

(施設記入欄)

受付No.	受付年月日	令和 年 月 日 受付	特 記 事 項	
	受付者氏名	印		

入 所 申 込 調 査 表

調査年月日 令和 年 月 日

入所対象者名				
調査年月日	令和	年	月	日
調査者氏名				
現 状	☐ 自宅・ ☐ 病院・ ☐ 特養・ ☐ 老健・ ☐ 療養型・ ☐ 他施設・ ☐ 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 ☐ 訪問介護・ ☐ 訪問入浴・ ☐ 通所介護・ ☐ 短期入所・ ☐ 通所リハ ☐ その他 () 調査時点での当月在宅サービス利用単位合計 (単位) 他施設の申込状況 (施設名)			
健康保険	種 別	後期高齢者医療保険	年金等種別	
障害者手帳	☐ 無・ ☐ 有 1 種 2 級 (障害名)			
食 事	☐ 自立・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助・ ☐ 経管栄養・ ☐ 入れ歯 ☐ 無 ☐ 上 ☐ 下			
	内 容	主食 ☐ 普 通 ・ ☐ お 粥 ・ ☐ ミキサー 副食 ☐ 普 通 ・ ☐ 刻 み ・ ☐ ミキサー () ☐ 箸 ・ ☐ スプーン ・ ☐ フォーク		
入 浴	☐ 自 立 ・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助 (☐ 一般浴・ ☐ 中間浴・ ☐ 特 浴)			
着脱衣	☐ 自 立 ・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助			
排 泄	☐ 自 立 ・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助・ ☐ 尿カテーテル 排泄状況 (☐ 便器・ ☐ 尿器・ ☐ ポータブル・ ☐ おむつ・ ☐ 紙パンツ・パット) 下剤の服用 (有・無) / 便 日 回 / 失禁 (有・無)			
移 動	☐ 自 立 ・ ☐ 一部介助・ ☐ 全介助 歩行状態 (☐ 自力歩行・ ☐ 杖歩行・ ☐ 立位不可) 移動器具の使用 (☐ 歩行器・ ☐ 老人車・ ☐ 車椅子) (状 況)			
視 力	☐ 普 通 ・ ☐ 弱 視 ・ ☐ 全 盲 / 眼鏡使用 (☐ 有・ ☐ 無) (状 況)			
聴 力	☐ 普 通 ・ ☐ 大声で聞こえる・ ☐ 難 聴 / 補聴器使用 (☐ 有・ ☐ 無) (状 況)			
言語・会話	☐ 普 通 ・ ☐ 不明瞭・ ☐ 失 語 ・ ☐ 会話不能			
痴呆等	☐ 無・ ☐ 有 (重度・中度・軽度) 問題行動 (☐ 失見当識・ ☐ 記憶障害・その他) (状 況)			
薬の服用	☐ 無・ ☐ 有 (薬名等)			
既往歴特記等				

【特記事項】

介護支援専門員意見書

入所申込者名

1. 本人の状況

要介護度	介護度 5	介護度 4	介護度 3	介護度 2～1
痴呆により不適応行動	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

居宅サービス 利用限度額の割合	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 他の要介護者	☐ 無・ ☐ 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5）
③ 介護者の性別・年齢・続柄	☐ 男・ ☐ 女 歳（本人からみた続柄 姪）
④ 介護者の介護負担	☐ 重い ☐ やや重い ☐ 軽い ☐ 負担なし
⑤ 介護者の病気や障害	☐ 無・ ☐ 有（ ）
⑥ 介護者の就労	☐ 無・ ☐ 有（職種等 パート 日/週・ 30 時間/日）
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 姪） 不定期 日/週程度
⑪ 近隣者等の介護協力	☐ ほとんど無し ☐ 随時あり ☐ 常時あり

4. 特記事項及び意見

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 — —