

入所区分	一般 ・ 特例
入所申込日	令和 年 月 日
入所申込受付日	令和 年 月 日

特別養護老人ホーム『 翠光園 』入所申込書

特別養護老人ホーム『 翠光園 』
 管理者 内野 由久子 様

入所申込者 〒 -

住所:

氏名: 印

電話番号: - -

入所希望者との続柄 ()

貴施設に入所したいので関係書類を添えて申し込みます。

記

入 所 希 望 者 の 状 況											
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	満()歳						
氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日								
現住所	〒 -										
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所(院)開始年月日</td> <td>年 月 日から</td> </tr> </table>					名称		所在地		入所(院)開始年月日	年 月 日から
名称											
所在地											
入所(院)開始年月日	年 月 日から										
保険者名		被保険者番号									
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日									
入所希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、特別養護老人ホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入所(院)している病院・施設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"/> その他()										

参考様式1

入 所 希 望 者 の 状 況	
入 所 希 望 者 の 状 況	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 施設に空ベッドがあれば直ちに入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
その他入所 に関して特 に希望する 事項 (サービス 内容等)	

特 例 入 所 を 希 望 す る 事 由
<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅で日常生活を営むことが困難な事由を記入してください。(該当する項目に印をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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。 <input type="checkbox"/> その他 ● 上記の事由について、具体的な内容を記入してください。

同 意 書			
<p>今後の熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の参考とするため、この申込書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。</p>			
令和 年 月 日			
入所申込者		氏名:	印
入所希望者		氏名:	印

※ 被保険者証(写)を添付してください。

参考様式1

調査項目	内容																																											
退所(院)後の在宅での生活環境の予定	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																																										
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																																										
退所(院)後の在宅での介護者の状況の予定	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="443 936 1453 1720"> <thead> <tr> <th data-bbox="443 936 587 999">氏名</th> <th data-bbox="587 936 874 999"></th> <th data-bbox="874 936 1018 999">入所希望者との続柄</th> <th data-bbox="1018 936 1161 999"></th> <th data-bbox="1161 936 1235 999">年齢</th> <th data-bbox="1235 936 1453 999">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="443 999 587 1061">同居の有無</td> <td colspan="5" data-bbox="587 999 1453 1061"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1061 587 1124">就労等の状況</td> <td colspan="5" data-bbox="587 1061 1453 1124">週 回、1日当たり に従事</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1124 587 1187">疾病・障害等の状況</td> <td colspan="5" data-bbox="587 1124 1453 1187"> <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1187 587 1370">対応状況</td> <td colspan="5" data-bbox="587 1187 1453 1370"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1370 587 1433">介護の負担</td> <td colspan="5" data-bbox="587 1370 1453 1433"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1433 587 1720">介護者に関する特記事項</td> <td colspan="5" data-bbox="587 1433 1453 1720"></td> </tr> </tbody> </table>		氏名		入所希望者との続柄		年齢	満()歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)					就労等の状況	週 回、1日当たり に従事					疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無					対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。					介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。					介護者に関する特記事項					
氏名		入所希望者との続柄		年齢	満()歳																																							
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																																											
就労等の状況	週 回、1日当たり に従事																																											
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無																																											
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																																											
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																																											
介護者に関する特記事項																																												

参考様式1

調査項目	内容													
退所(院)後の在宅での介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<input type="checkbox"/> 利用する。 <input type="checkbox"/> 利用しない。													
	【利用する場合の予定】													
	介護保険の居宅サービス(※)の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="595 365 805 403">サービス種類</th> <th data-bbox="805 365 1477 403">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定</td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度		週・月()回 1回当たり()時間・日程度	全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定	
	サービス種類	利用頻度												
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度												
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度												
		週・月()回 1回当たり()時間・日程度												
	週・月()回 1回当たり()時間・日程度													
全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定														
介護保険以外の福祉サービス等の利用予定	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="595 656 805 694">サービス種類</th> <th data-bbox="805 656 1477 694">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	サービス種類	利用頻度											
サービス種類	利用頻度													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。													
※ 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。														

参考様式1

調査項目	内 容
その他入所申込みに関して特に留意すべき事項	(前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)

入所区分	一般 ・ 特例
入所希望者氏名	
入所申込受付日	令和 年 月 日
評価年月日	令和 年 月 日
評価担当者氏名	

特別養護老人ホーム入所必要度評価票(施設・病院等の入所(院)者用)

評価項目	内容	点数区分	入所希望者の点数
要介護度	要介護5	15	
	要介護4	13	
	要介護3	11	
	要介護2	9	
	要介護1	7	
認知症の度合い (※1)	IV以上	8	
	III	6	
	II	4	
	I	2	
	なし	0	
退所(院)後の在宅での単身・同居の別の予定	一人暮らし	12	
	家族と同居	2	
退所(院)後の在宅での介護者の状況の予定	介護者がいない	25	
	介護者がいる	10	
	介護が必要な場合に、ほとんど対応できない。	5	
	介護の負担が大きい	10	
	介護の負担がやや大きい	6	
	介護の負担が少ない	2	
	介護が必要な場合に、一部は対応できるが、対応できない時間帯又は内容がある。	3	
	介護の負担が大きい	10	
	介護の負担がやや大きい	6	
	介護の負担が少ない	2	
	介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。	1	
	介護の負担が大きい	10	
	介護の負担がやや大きい	6	
	介護の負担が少ない	2	
退所(院)後の介護保険の居宅サービスの利用予定(※2)	利用する		
	支給限度額の50%以上利用予定	10	
	支給限度額の50%未満利用予定	6	
	利用しない	2	

参考様式2

評価項目	内容	点数区分	入所希望者の点数
その他特に入所が必要と認められる事情(※3)		0～30	
点数合計			0
施設の受入環境	<input type="checkbox"/> 入所希望者の心身の状態等と、施設の現状(人員体制、設備の状況及び現入所者の心身の状態等(単なる施設のベッドの空き状況は考慮しない。))とを比較検討して、現時点で、当該入所希望者を入所させられる環境が整っている。 <input type="checkbox"/> 入所希望者の心身の状態等と、施設の現状(人員体制、設備の状況及び現入所者の心身の状態等(単なる施設のベッドの空き状況は考慮しない。))とを比較検討して、現時点では未だ、当該入所希望者を入所させられる環境が整っていない。 【入所させられる環境が整っていないとした場合の具体的理由】		

※1 認知症の度合いは、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)による。

※2 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護を除く。

※3 特に入所が必要と認められる事情がある場合に記載し、30点を上限として加算する。ただし、一の事情当たりの点数は概ね10点以内とする。