

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()										

医療の状況

- 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要。
※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等
- 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。
- 特に疾病又は処置はない。

【疾病又は処置がある場合のその状況】

主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:月 2 回、1回当たり 時間程度	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:月 1 回、1回当たり 時間程度	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() 頻度:週 回、1回当たり 時間程度	

【その他疾病又は処置に関する特記事項】

認知症の
度合い

- IV以上 III II I なし
- ※ 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136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。

【認知症である場合のその状態に関する特記事項】

参考様式1

調査項目	内容																																				
生活環境	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。																																			
介護者の状況	<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(※)】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="408 927 1417 1711"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 927 555 987">氏名</th> <th data-bbox="555 927 839 987"></th> <th data-bbox="839 927 986 987">入所希望者との続柄</th> <th data-bbox="986 927 1203 987">年齢</th> <th data-bbox="1203 927 1417 987">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 987 555 1055">同居の有無</td> <td colspan="4" data-bbox="555 987 1417 1055"> <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="408 1055 555 1115">就労等の状況</td> <td colspan="4" data-bbox="555 1055 1417 1115"> 週 回、1日当たり 時間、 に従事 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="408 1115 555 1176">疾病・障害等の状況</td> <td colspan="4" data-bbox="555 1115 1417 1176"> <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="408 1176 555 1361">対応状況</td> <td colspan="4" data-bbox="555 1176 1417 1361"> <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="408 1361 555 1422">介護の負担</td> <td colspan="4" data-bbox="555 1361 1417 1422"> <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="408 1422 555 1711">介護者に関する特記事項</td> <td colspan="4" data-bbox="555 1422 1417 1711"></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 時間、 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 時間、 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																						
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状況	<p> <input type="checkbox"/> 利用している。 <input type="checkbox"/> 利用していない。 </p> <p> 【利用している場合の状況】 </p> <table border="1" data-bbox="411 353 1417 1057"> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 353 555 645" rowspan="5"> 介護保険の居宅サービス(※)の利用状況 </td> <td data-bbox="555 353 770 398">サービス種類</td> <td data-bbox="770 353 1417 398">利用頻度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 398 770 443"></td> <td data-bbox="770 398 1417 443">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 443 770 488"></td> <td data-bbox="770 443 1417 488">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 488 770 533"></td> <td data-bbox="770 488 1417 533">週・月()回 2回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 533 770 577"></td> <td data-bbox="770 533 1417 577">週・月()回 3回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="411 577 1417 645"> 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 645 555 891" rowspan="2"> 介護保険以外の福祉サービス等の利用状況 </td> <td data-bbox="555 645 770 689">サービス種類</td> <td data-bbox="770 645 1417 689">利用頻度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="555 689 770 891"></td> <td data-bbox="770 689 1417 891"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 891 555 1057"> 対応状況 </td> <td colspan="2" data-bbox="555 891 1417 1057"> <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> </tbody> </table> <p> ※ 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。 </p>	介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	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 2回当たり()時間・日程度		週・月()回 3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			介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	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。	
介護保険の居宅サービス(※)の利用状況	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 2回当たり()時間・日程度																				
		週・月()回 3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																							
介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	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。																						

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（在宅生活者用）

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	
単身・同居の別	一人暮らし	12	
	家族と同居	2	
介護者の状況	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		
介護保険の居宅サービスの利用状況 (※2)	利用している	支給限度額の50%以上利用	10
		支給限度額の50%未満利用	6
	利用していない	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			
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。