標準様式１

表

指定介護老人福祉施設［特別養護老人ホーム］入所申込書兼台帳

申込者連絡先（家族等代理の方の場合）			
	氏名：	続柄	
	〒 住所：		
	電話番号		

施設記入欄				
	申込日	年　月　日	受付日	年　月　日
	受付番号		担当者名	
	法人名			
	入所申込施設名			

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					
	（フリガナ） 氏名		性別 男 女	保険者（番号）	
				被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（満　歳）		要介護度	１・２・３・４・５
	要介護認定期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで		認定申請予定日	平成　年　月　日 ※未申請の方は記入してください
	自宅住所	〒		電話番号	
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	□自宅で単身　□高齢者のみの世帯　□自宅で家族と暮らしている　□他の施設や病院に入っている			
		施設・病院の名称		所在地	〒　－
		入所又は入院期間	平成　年　月から（　年　か月）	電話番号	（　　）
	入所申込理由	□介護する者がいないため □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 □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 □介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため □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 □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □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 □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 □その他（　　）			
	本人の入所意向	□入所を希望している　□迷っている　□拒否している　□知らせていない　□認知力低下により理解困難			
	在宅介護継続期間	年　か月		居宅サービスの利用の有無	□有（下記についても記入してください） □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
	訪問リハ	回／月	居宅療養管理指導	回／月	通所介護	回／月
	通所リハ	回／月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日／月
	短期入所療養介護	日／月				

裏

本人の状況	入所希望時期	□早期希望（１～３か月内）　□６か月以内　□１年以内　□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	□経管栄養　□胃ろう　□酸素療法　□インスリン自己注射　□ストーマ（人工肛門）処置　□カテーテル □中心静脈栄養 □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	□当該施設のみ申込み □他の施設（特養・老健・療養型・病院）にも申込んでいる（予定も含む）（　　箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（　　）（　　）（　　） 今後申し込む予定の施設名（　　）（　　）（　　） 特養待機期間（他施設も含む）　　年　　か月		

主たる介護者の状況	家族構成	□親　□配偶者　□子　□孫　□その他（　　）　計　人				
	（フリガナ）		性別	年齢	本人との関係	続柄（　　）　□同居　□別居
	主たる介護者の氏名		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	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				

入所の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。

平成　　年　　月　　日　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同意欄	今後、指定介護老人福祉施設［特別養護老人ホーム］への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所（居所）、入所希望時期について、保険者である市町村及びくすのき広域連合に報告することに同意します。 平成　　年　　月　　日　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■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してください。

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。

標準様式２

表

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)	

ケアマネジャー記入欄

事　業　所　名		連絡先電話番号	
担当ケアマネジャー氏名		職　　種	

年　月　日（記入日）

基本的評価基準

	要介護度	認知症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・３・４・５	Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ⅿ・該当なし	単身・介護者有	％ □未利用　□入院・入所中	同一市町村・圏域内、隣接市	点
点数	点			点	点	

意見欄

【本人の心身の状況】
- □常時の介護や見守りが必要である
- □認知症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
- □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
- □多少の一部介助や見守りを必要とする
- □ほとんど自立による日常生活が可能である
- □その他（　　）

【介護者の状況】
- □介護者が全くいない
- □介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる
- □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：　　）
- □介護者が遠隔地にいる
- □介護者が近隣にいる
- □同居の介護者がいる（　　人）
- □その他（　　）

【在宅生活継続の可能性】
- □極めて困難
- □在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある
- □検討の余地あり
- □在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる
- □その他（　　）

【在宅生活に支障のある状況】
- □近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難
- □十分なケア（ナイトケア等）が受けられない
- □病院等の入所者で帰る家がない
- □介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由
- □その他（　　）

【住環境】
- □居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等）
- □在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある
- □施設や病院から退所を求められている
- □その他（　　）

【参考項目】
- ・家族の負担感
- □介護疲れがひどい
- □殆どかかわっていない
- □在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
- □在宅サービスの利用にて順調
- □在宅サービスの利用ないが順調
- ・意思疎通
- □慣れた人でも意思疎通は困難
- □家族など慣れた人なら問題はない
- □特に問題はない
- ・入所について
- □強く拒否している　□拒否傾向
- □意思確認が困難
- □希望はしていないが同意している
- □同意している　□強く望んでいる

【特記事項】

裏

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	認知症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・3・4・5	Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・該当なし	単身・介護者有	% □未利用　□入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
				点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】					
	年月日（記入日）	要介護度	認知症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・3・4・5	Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M・該当なし	単身・介護者有	% □未利用　□入院・入所中	同一市町村 圏域内、隣接市	
				点	点	点	点
		【評価すべき個別的事項等】					

［特別養護老人ホーム柏原寿光園　入居申込添付書類］
［地域密着型高齢者複合施設太寿　入居申込添付書類］

個　別　状　況　確　認　書

★この書類は、入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　【記入者氏名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿【続柄】＿＿＿＿＿

入居希望者氏　名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）		***生年月日***	明治　大正　昭和 年　月　日 （　歳）	
入居希望者住所	柏原市		TEL		
要介護度		***市民税課税状況***	非課税・課　税	***生活保護受給***	無　有

【本人の状況】

項　目	状　況　※該当する内容に〇をして下さい	施設への申し送り・現状の介護内容
視力	普通　見えにくい　見えない	
聴力	普通　やや難聴　難聴	
意思疎通	問題なし　やや困難　困難	
寝返り	自立　つかまれば可　できない	
立ち上がり	自立　つかまれば可　できない	
立位保持	自立　支えがあれば可　できない	
歩行	自立　伝い歩き　介助にて歩行　困難	
移動	歩行　杖　歩行器　車椅子	
食事	自立　一部介助　全介助	
嚥下	問題なし　やや困難　困難	
入浴場所	自宅で入浴　自宅外で入浴	※頻度　＿＿＿回／週 ※利用事業所名　＿＿＿＿＿＿＿＿
入浴介助	自立　一部介助　全介助	
着脱衣	自立　一部介助　全介助	
排泄場所	トイレ　ポータブルトイレ　ベッド	
排泄介助	不要　一部介助　全介助	

オムツ類使用	無　有	※ オムツ種類　紙パンツ　尿取りパッド　紙オムツ（テープ止め） ※ 使用頻度　外出時のみ　夜間のみ　終日使用					
尿　意	無　有	***便　意***	無　有	***便　秘***	無　有	※便秘時の対応方法	
認知症	無　有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。					
主治医	［医療機関名］　［担当医師］						

既往歴	【疾病名】	【発症年】	※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記
		昭和・平成　年	
		昭和・平成　年	

【家族連絡先（1 番目）】

氏　名		***入居希望者との続柄***	
住　所			
自宅電話番号		***携帯電話***	

【家族連絡先（2 番目）】

氏　名		***入居希望者との続柄***	
住　所			
自宅電話番号		***携帯電話***	

【その他、施設への申し送り】