

## 介護老人福祉施設(貴志川聖アンナの家)入所申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

申込者(連絡先)

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。

※特例入所の事由の有・無	
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

〒	:
住所	:
氏名	:
電話	: ( )

特別養護老人ホーム 貴志川聖アンナの家に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	申し込み先 (入所希望施設)				※保険者									
	フリガナ		性別		被保険者番号									
	氏名		男・女											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	要介護度	1	・	2	3	・	4	・	5
	現住所					要介護認定期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
	現況													
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい												
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b>												
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害												
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 ( )												
主たる介護者	フリガナ		性別		本人との関係									
	氏名		男・女			生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: )												
	意見	<b>【介護しているうえで困っていること等】</b>												
今後施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。														
平成 年 月 日														
本人又は介護者の氏名 :													印	

※「特例入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由について記載してください。  
 ※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記してください。  
 ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3ヶ月分の「サービス利用表(写)」及び「サービス利用表別表(写)」を添付してください。

## 特例入所の要件に該当する事由について

● 該当する事由に印を付けて下さい。

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状や行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状や行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる
- 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
- 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。

● 該当する事由の具体的内容について記入して下さい。

● 備 考

# 特別養護老人ホーム 貴志川聖アンナの家 入所調査票

No.1

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号	
受付番号		保険者	

ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー 記 入 欄	年	月	日	意 見 書	(記入日)	)
	事業所名		連絡先電話番号			
	担当ケアマネージャー氏名		職 種			
	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計	
1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb	単身・	%			
3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	介護者有	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中			
点			点	点		
<p><b>【本人の心身の状況】</b></p> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 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 <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 <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"/> 視覚、聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある <input type="checkbox"/> 重度の知的又は精神障害がある <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<p><b>【介護者の状況】</b></p> <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 ( )						
<p><b>【在宅生活継続の可能性】</b></p> <input type="checkbox"/> きわめて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地有り <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<p><b>【在宅生活に支障のある状況】</b></p> <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 施設や病院等の入所(入院)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ービスを自費負担しているなどの経済的理由 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<p><b>【住環境】</b></p> <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他 ( )						
<p><b>【参考項目】</b></p> <p>・家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> ほとんどかかわっていない  <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して何とか <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により順調  <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用はないが順調</p> <p>・意志疎通 <input type="checkbox"/> なれた人でも意志疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない  <input type="checkbox"/> 特に問題ない</p> <p>・入所についての本人の意思  <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  <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</p>						
<p><b>【特記事項】</b></p>						

# 特別養護老人ホーム 貴志川聖アンナの家 入所調査票

No.2

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族 や援護者の有無	
	日	在宅介護の可能性 ・介護者の有無	
	(記入日)	家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

施 設 記 入 欄	入所申込受付日		平成	年	月	日	入所日	平成	年	月	日	
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	日	日	
		要介護度	認知の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率			合 計				
		1・2 3・4・5	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	単身・ 介護者有	% □ 未使用 □ 入所(入院)中							
		点			点			点				
		(評価すべき個別的事項など)										
		.....										
		.....										
		.....										
		.....										
	(記入日)											