

特別養護老人ホーム リンデンバウムいずみ 入所申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム リンデンバウムいずみ
 施設長 辻 宏子 様

申込者氏名 _____ 続柄 (_____)
 住 所 _____
 電話番号 _____

特別養護老人ホーム リンデンバウムいずみに入所したいので、介護保険被保険者証の写しを添え、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険被保険者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								
	要介護 状態区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (介護認定申請中 : 申請日 年 月 日)										
	介護認定の 有効期間	平成	年	月	日	から	※申込の有効期間となります					
		平成	年	月	日	まで						
住 所												
電話番号	()					FAX番号	()					
家族等の状況	氏 名	続柄	生年月日	職 業	同居・別居	携帯電話など						
					同・別							
					同・別							
居宅において日常 生活を営む事が 困難な理由など												

1. 上記入所申込者情報について、秋田県及び秋田市等の自治体より、市町村介護保険事業計画策定等のため情報提供を求められた場合は、情報を提供します。
2. 入所申込書の有効期限は、入所申込者の介護認定の有効期間終了日までとします。但し、要介護認定が更新された場合には、新たな介護保険被保険者証の写しを提出する事で、その有効期間に延長されます。
3. 入所の希望意思がなくなった際（他の施設へ入所・死亡など）には、施設へ連絡をします。
 また、介護認定の有効期間終了から3カ月以上連絡のない場合は、入所申込の取り下げとみなします。
 上記について同意し、入所申込書を提出します。

入所対象者： _____ 印

入所申込者： _____ 印

(施設記入欄) 【受付 No. _____】

受付年月日	平成 年 月 日	受付担当者	印
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

被保険者番号

氏名

調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名	
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 ()		
使用施設名	() ※自宅使用等の場合は無記入		
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 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 (単位) 他施設申込み状況 ()		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名判定 (級、その他))		
体 格	身長	cm	体重
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻) 義歯 (有・無)		
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 (<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等) 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁 (有・無)		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等) (状況:)		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況:)		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況:)		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 専門医受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関: 診断名:) 中核症状 (<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> その他) 周辺症状 (BPSD) (状況)		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等 ()		
既往歴	年 月 (頃)		
	年 月 (頃)		
	年 月 (頃)		
主治医	医療機関名:		担当医:

【特記事項】

介護支援専門員意見書

被保険者番号	氏名
--------	----

1. 本人の状況					
要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	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				
在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
※右の内容が含まれる場合は○を付ける	<input type="checkbox"/> 施設利用者	<input type="checkbox"/> 特別理由		

3. 主たる介護者・家族等の状況				
①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	_____ 歳	続柄 _____	
③介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> 負担なし
④介護者が障害や疾病	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> なし
⑤介護者の就労	8時間以上 または 高齢等で就労不能	4～8時間	4時間未満	なし
⑥他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	（要支援 要介護 _____）		
⑦介護者が育児、家族が病気	<input type="checkbox"/> 常時育児・看病	<input type="checkbox"/> 半日育児・看病	<input type="checkbox"/> 随時育児・看病	<input type="checkbox"/> なし
⑧介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 普通
⑨他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	（続柄 _____）
⑩別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	（続柄 _____）
⑪近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	

4. 特記事項及び意見 （下記項目に関する特記事項等を記入）	※施設記入欄
①医療的処置（膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等）	点数 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> / 10点満点
②住居環境（廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等）	
③入所待機期間（待機期間が1年以上になっている）	
④長期入院等に退院後の再入所 ⑤その他	
意見書作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 意見書作成者所属 _____ 意見書作成者 _____ 印 事業所連絡先 TEL: _____	