

# 由利本荘市特別養護老人ホーム「鳥寿苑」入所申込書

令和 年 月 日

由利本荘市特別養護老人ホーム「鳥寿苑」  
施設長 高橋 哲 様

申込者氏名 続柄 ( )  
住 所  
電 話 番 号

特別養護老人ホーム鳥寿苑に入所したいので、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	要介護度 <del>1</del> ・ <del>2</del> ・3・4・5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )													
	認定有効 期 間	令和	年	月	日	から									
		令和	年	月	日	まで									
住 所															
電話番号	( )					FAX番号	( )								
家族等の 状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別 居	別居先の電話等									
特列入所申込理由記載欄 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)															

私は、上記入所申込者情報について、「鳥寿苑」が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には、その使用について同意します。

対象者名 印  
申込者名 印

〔施設記入欄〕【受付No. \_\_\_\_\_】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

様式 2

## 入 所 申 込 調 査 票

調査年月日	令和 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"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
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 ( ) )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ( )		
	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"/> 大声で聞こえる <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		
認知症状 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 症状 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) (状況 ( ) )		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 ( ) )		
既往歴	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		
	昭・平・令 年 月 (頃)		

【特記事項】

様式3

介護支援専門員等意見書

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
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

① 世帯の状況	独居	高齢者世帯	その他	
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)	
③ 介護者の介護負担	重い	やや重い	軽い	負担なし
④ 介護者が障害や疾病	無・有 ( )			
⑤ 介護者の就労	無・有 (職種等		日/週	時間/日
⑥ 他の要介護者	無・有 (要支援、要介護		1	2 3 4 5
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有 ( )			
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的	普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有 (続柄		日/週程度	( )
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有 (続柄		日/週程度	( )
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり	—

4. 特記事項及び意見

- |   |
|---|
| ①医療的処置：膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等<br>②住居環境：廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等<br>③入所待機期間：待機期間が1年以上になっている。<br>④長期入院等に退院後の再入所<br>⑤その他 |
|---|

意見書作成日 令和 年 月 日  
 意見書作成者 印  
 居宅事業所名