

特別養護老人ホーム アミーガはまゆり 入所申込書

申込日 平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設: 特別養護老人ホーム アミーガはまゆり 施設長 様

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住所	〒	
ふりがな		本人との続柄
氏名		
電話番号	()	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名			生年月日	大・昭 年 月 日		
本人の現住所	〒		電話番号	()		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)				保険者	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間		平成 年 月 日 ~ 年 月 日			
介護者の状況	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日 年齢 歳	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)			
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)				<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他()		
		<input type="checkbox"/> 働いていない(<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()				
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)				<input type="checkbox"/> なし	
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所					
	上記サービスの週当たりの利用日数		<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日			
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)				
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名			電話番号	入院等の時期(平成 年 月頃)	
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)		
	在宅生活 困難理由					
特筆すべき事項 (特列入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である				<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴					
	医療的処置の状況		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()			
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名				担当ケアマネジャー	
	他施設への 申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込む
		※ 既に申込んでいる施設名:				
	入所時期の希望		<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい		<input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい	
健康保険種別		国保・後期・その他		年金種別	年額	万

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

身体 の 状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> カテーテル挿入
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり
認知 ・ 精神 状況	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
	意志の 伝達能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ可 <input type="checkbox"/> 伝えられない
	会話の理解	<input type="checkbox"/> 理解可能 <input type="checkbox"/> 一部理解できない <input type="checkbox"/> 単純な事のみ可 <input type="checkbox"/> 理解できない
	問題行動	<input type="checkbox"/> 物取られ妄想 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> 帰宅欲求 <input type="checkbox"/> 物を壊す・破く <input type="checkbox"/> 性的異常行動 (具体的に記入)
備 考	特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況について記入。 	
家族構成		

被保険者番号	氏名	生年月日	年齢	住所	調査年月日	合計点数

区分	判断基準	点数	✓	備考
1 要介護度	要介護5	40	<input type="checkbox"/>	
	要介護4	35	<input type="checkbox"/>	
	要介護3	25	<input type="checkbox"/>	
	要介護2	15	<input type="checkbox"/>	
	要介護1	10	<input type="checkbox"/>	
2 介護者の状況	介護家族なし(0)	25	<input type="checkbox"/>	介護家族※が存在しないが、全て県外等遠隔地に在住で数十年交流が途絶している等。 ※ 2親等以内の血族等(祖父母、父母、兄弟、配偶者、子、子の子、子の配偶者)で、介護を担う親族と定義。例外的に実際に介護を行う甥姪等(3親等)を含む。
	家族介護力なし(1)	20	<input type="checkbox"/>	介護家族が全て、中重度要介護(要介護2以上)、障がい者(身障手帳1・2級所持)、病弱(疾病による禁忌があるか入院中)、重度な介護疲れ、未成年のいずれかに当てはまるが、当該市町村及び近隣市町村に在住してない。
	家族介護力なし(2)	15	<input type="checkbox"/>	上記(1)に該当しない介護家族の全てが、高齢(65歳以上)、軽度要介護(要支援1以上)、障がい者(身障手帳所持)、病弱(既往あり加療中)のいずれかに当てはまるが、当該市町村及び近隣市町村に居住していない。
	家族介護力なし(3)	10	<input type="checkbox"/>	上記(1)(2)に該当しない介護家族の全てが、就労(週20時間以上勤務)、養育(小学生以下の児童を養育)の状態にあるか、これまでの本人との生活経緯により断絶している等。
	介護家族あり(4)	0	<input type="checkbox"/>	上記(0)(1)(2)(3)に該当しない場合。
3 指定居宅介護サービス(3を算定する場合、5は算定しない。)	週5～7日 サービス利用	15	<input type="checkbox"/>	上記(1)(2)(3)(4)に加え独居の場合に加点(世帯分離や二世帯住宅、隣接地家族居住等は除外、介護者の入院等による実質独居は該当)。(0)には加点されない。
	週3～4日 サービス利用	10	<input type="checkbox"/>	
	週1～2日 サービス利用	5	<input type="checkbox"/>	
4 住居環境(5と重複の算定も可能とする。)	劣悪な住居環境	10	<input type="checkbox"/>	廃棄物等が放置された家や歩行困難者の高階層アパート(EVなし)居住等、日常生活を送ることが極めて困難と認められる場合。また、確たる居室が無いような場合。
	問題ある住居環境	5	<input type="checkbox"/>	段差の多い造作や、風呂がないなど、本人の心身状況に照らし問題があると認められる場合。
5 退院退所後の在宅生活(5を算定する場合、3は算定しない。)	退院後の在宅生活が困難	10	<input type="checkbox"/>	病院、老健、GH等の退院退所想定時に、本人の心身状況により在宅生活が困難と思われる場合。(住環境のみが問題の場合は4のみを算定。)
6 特筆すべき事項(特列入所の要件関連)	認知症による困難	10	<input type="checkbox"/>	対象者が認知症であり日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが観察に見られるような場合。
	(かつ重度の場合)	10	<input type="checkbox"/>	上記のうち認知症自立度がⅢ以上の場合。
	障がい等による困難	20	<input type="checkbox"/>	対象者が知的障がい・精神障がい等を併い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが観察に見られるような場合。
	虐待が疑われる場合	20	<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、対象者の心身の安全・安心の確保が困難であるような場合。
	支援の供給が不十分	10	<input type="checkbox"/>	単身世帯又は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ような場合。
(かつ急迫性ある場合)	10	<input type="checkbox"/>	上記のような状態が、主たる介護者の急死や予期せぬ入院等により発生し、急迫性ある場合。	

7 待機期間	6か月以上	5	<input type="checkbox"/>	特列入所の待機期間は、平成27年4月1日から起算する。
	1年以上	10	<input type="checkbox"/>	
	2年以上	15	<input type="checkbox"/>	

説明者	職名	生活相談員	氏名
-----	----	-------	----

平成 年 月 日

説明確認欄	私は、入所申込に際し、調査結果及び入所順位決定方法について施設から説明を受けました。			
	入所申込者(ご本人)			
	入所申込者のご家族等			続柄

【考慮事項】

1 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
2 医療的処置の有無	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()
3 出身市町村名	釜石市・大槌町・山田町・その他()