

施設長

## 特別養護老人ホーム青松園 入所申込書

【受付日】令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	生年月日	要護度
		男・女	大正・昭和 年 月 日( 歳)	
身体状態	(簡略的に記載)			
住所	〒 ( ) -			
申込者	〒 氏名 (続柄: ) ( ) -			

ケアマネ	事業所名	
	担当者	( ) -

\*入所となった場合には『身元引受人』が必要になり下記の役割等に対応・協力できる方が対象となります。

- ・利用料金等の金銭的な支払い不履行はせず連帯保証の債務を負う。
- ・緊急時等を含む施設からの連絡には必ず応じる。
- ・入院時や夜間緊急時及び受診時の対応を行う。
- ・入院時や夜間緊急時に医療機関へ出向くことができる。(なるべく早々に駆けつけることができる/又は緊急時に協力できる)
- ・必要な各種手続き等を行う。
- ・利用者の身柄及び物品の引き取り。

*身元引受人	〒	<input type="checkbox"/> 申込者と同一人物
	氏名	(続柄: ) ( ) -

\*施設記載欄

*経過	<input type="checkbox"/> 当施設へ入所決定	経過記載日＝
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 他施設入所 <input type="checkbox"/> その他(内容: )	

# 入所申込者現況確認票

年 月 日 現在  
特別養護老人ホーム青松園

入所希望者氏名

生年月日 T・S 年 月 日( 歳)

申込者氏名 (続柄 )

現在の要介護度 要介護( )

現在の入所希望者居所 自宅・施設・入院・その他

以下の項目にあてはまるもの全てに○をつけてください。

## 心身の状態について

- 歩行状態 自立・介助を要する・不可能
- 食事 自立・介助を要する・不可能(経管栄養)
- 水分 自立・介助を要する・不可能(経管栄養)…よくむせる・水分はトロミ状にしている
- 排泄 自立・介助を要する・不可能(オムツ)…紙パンツや尿パットを併用  
カテーテルがある
- 痰の吸引 不要・必要(頻度 )
- 床ずれ あり・なし…治療中=治療の状況( )
- 皮膚状態 慢性的な皮膚疾患がある・不明だがかき傷が多数ある・気になるところはない
- 意思の疎通 可能・あいまい・不可能
- 認知症の有無 あり・不明(あいまい)・なし  
認知症ありの場合の状態 徘徊・暴言・暴力・介護抵抗・興奮・奇声や大声・不潔行為等  
その他( )

主治医から日常生活上、留意すべき指示を受けている(あれば記入)

## ワクチン等の接種状況

- インフルエンザ 毎年接種・未接種・不明
- コロナウイルス 未接種・接種済み

## その他について

- 転倒やベッド等からの転落による受傷 ある(頻回・過去に数回)・なし
- 救急搬送 頻回にある・過去に数回・ほぼない  
搬送の理由( )
- インシュリン あり・なし
- 毎月の収入額=おおよそ 円

(様式1)

特養入所希望者調査票

申込者	ふりがな		申込受付日							
	氏名		被保険者番号							
	生年月日			性別	男 ・ 女					
	住民登録地	都・道 府・県		市・ 町・村						
家族等の 連絡先	住所									
	氏名	電話		( )						
本人及び介護者の状況			該当に ○をつ ける	点数						
				年	年	年	年	年	年	
要介護度	要介護5	40点								
	要介護4	40点								
	要介護3	20点								
	要介護2	10点								
	要介護1	5点								
	認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動あり(要介護1～3のみ加算)		10点							
介護の必要性	①身体的理由又は認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動のための在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が、利用上限単位数の平均の		/							
	6割以上	30点								
	4割以上6割未満	20点								
	4割未満	10点								
②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)		20点								
家族等介護者の 状況	①単身	30点								
	②高齢者世帯、介護者が虚弱等	20点								
	③介護者が就業中・複数の人を介護している等	10点								
合 計				点	点	点	点	点	点	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃		備 考							
特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該 当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況		保険者市町 意 見		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当			
	<input type="checkbox"/> 非 該 当									
他の特別養護老人ホーム への申込み状況			1 申し込んでいる			2 申し込んでいない				
			(申し込んでいる場合の施設名)							
緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)										
総合評価										
調査票記入者			私は、次の事項について施設より説明を受けました。 ・入所申込みから入所契約まで必要な手続及び入所に当たっての注意事項について ・入所順位決定法について ・入所の順位見直しについて  年 月 日 氏名 本人との続柄 ( )							

## 介護支援専門員等意見書

( 年 月 日現在)

入所申込者氏名	
被保険者番号	

## 1 在宅（現在の居所）での介護の継続について（いずれかに○）

- 現在の状況で継続可能  
 居宅サービスの追加等で継続可能  
 在宅（現在の居所）での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

## 2 特記事項

## (1) 本人の生活等の状況

--

## (2) 家族等介護者の状況

--

※介護保険者被保険者証・負担割合証・負担限度額認定証があれば複写を添付してください。

介護支援専門員等 ※証書お願いします	事業所名	氏名
	(TEL: )	

注) この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、介護医療院、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関（介護療養型医療施設を除く。）	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方