

入所申込書

特別養護老人ホーム

サンフラワーガーデン 施設長宛

介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、入所を希望いたします。

入所希望者(申込者)

申込日 年 月 日

フリガナ			保険者(市町村)								
氏名	印		被保険者番号								
生年月日	大・昭・平	年	月	日	要介護度	支援・1・2・3・4・5					
性別	男・女	認定有効期間	平成	年	月	日	～	年	月	日	
現住所	〒 電話番号 ()										

申込代理人(申込者が本人でない場合)

フリガナ 氏名	印	入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ()		

同居の家族	氏名(フリガナ)	年齢	本人との続柄	職業	緊急時連絡先	

同居以外の家族	氏名(フリガナ)	続柄	職業	住所	電話番号
				〒	()
				〒	()
				〒	()
				〒	()

入所時期	早急・ 年 月以降	申込予定施設	貴施設のみ・他施設 ヶ所(予定)
希望事項	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより常時見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい住宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 身寄りがないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 12 その他の理由(具体的に)		
同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 年 月 日 氏名 印		

- 添付書類： 1. 介護保険被保険者証(写し)
 2. 直近3か月分・サービス利用票(兼居宅サービス計画)(写し)
 3. 直近3か月分・サービス利用票別表(写し)

調査票

※該当箇所に○印

現在の状況		1. 独居 2. 昼間独居 3. 高齢者所帯 4. 家族同居						
		5. 入院中(病院名) 6. 入所中(施設名)						
生活状況	移動	自立・一部介助・全介助			歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー			
	食事	自立・一部介助・全介助			主) 普通・粥・ミキサー (箸・スプーン)			
					副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー			
	排泄	自立・一部介助・全介助			トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ			
	入浴	自立・一部介助・全介助			介助浴・座浴・機械浴			
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー			要・不要				
身体状況	視力	見える・見えにくい・見えない			身長	cm	体重	kg
	聴力	聴こえる・聴こえにくい・聴こえない			精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発語	普通・やや不自由・不自由			認知症	無・有()		
	理解力	話が通じる・大体通じる・全く通じない			問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他)		
健康状況	現疾患					病歴		
	かかりつけ医					TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()						
	感染症	無・有()				アレルギー	無・有()	
	皮膚刺激	普通・弱い				麻痺	無・有()	
	便秘	無・有(服薬・無・有)				こうしゅく 拘縮	無・有()	
	睡眠	良・不良(服薬・無・有)				床ずれ	無・有()	
	飲み込み	異常なし・むせる・つめる				湿疹	無・有()	
	入れ歯	無・有(上・下)				口腔保清	要・不要()	
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢	才	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()						
	介護期間	年 頃から			その他の介護者	無・有 名		
	相談窓口	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他() 居宅介護支援事業所名 ケアマネージャー名 () ()						
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーター 有・無)						
	住宅改修	可・不可・改修済()						
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)						
支払い	支払可能金額	年金額(円) 特別な室料(1日525円～1,575円)支払い(可・不可)						
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙の添付可								

※申込先 特別養護老人ホームサンフラワーガーデン

電話 075-922-1700 FAX075-922-1709

住所 京都府向日市物集女町森ノ下12番地1

事務処理欄

初回申込日:	年 月 日	今回申込日:	年 月 日	申込番号
受付者	受付方法: 来所・郵送		意思確認:	年 月 日

調査票別表(担当介護支援専門員が記入)

利用者名		記入日	年 月 日
居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	印

1. 本人の現状(該当箇所には○印)

要介護度	要介護度5	要介護度4	要介護度3	要介護度2	要介護度1

日常生活自立度	M	IV	III	II	I	自立

※ 認知症老人の日常生活自立度

生活の状況	独居	病院	施設	昼間独居	高齢者世帯	家族と同居

※ 介護者がありでも、介護放棄と認められる場合は、独居を選択

2. 在宅サービスの状況または施設(該当箇所には○印)

利用限度額の割合	60%以上	20~60%未満	20%未満

※ 直近3ヶ月の状況

3. 介護者の状況(該当箇所には○印)

主たる介護者の有無	介護者なし	主たる介護者のみ	複数の介護者

※ 介護者が介護を放棄している場合は、介護者なしを選択

①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳代	60歳未満

②介護者の障害や疾病	重い	やや重い	軽い	なし

③介護者の就労	8時間以上	高齢で就労不可	4~8時間	4時間以下	なし

※ 介護者が疾病等で、就労できない場合は、就労不可を選択
介護者なしの場合、日常生活の自立度で、次の点数を加算

介護者なし加算	M・IV	III・II	I	自立

※ 認知症度がIや自立であっても、介護度が2以上は、III・IIを選択

4. 地域性(該当箇所には○印)

① 本人の生活場所

生活場所	向日市	長岡京市・大山崎町	京都市	その他

② 主たる介護者の生活場所

生活場所	乙訓圏域	京都市	その他

※ 主たる介護者が不在の場合は、本人の生活場所に○印

5. 特記事項

住宅環境、介護保険による施設サービスの利用状況、入所待機期間、虐待(家族の介護能力の低下)等において、特に施設を考慮すべき状況を記入。