

入居申込書・回答用紙

年 月 日

(地域密着型)特別養護老人ホーム ウェルハート明和 様

居宅介護支援事業所

又は市町

担当介護支援専門員

又は市町

TEL

FAX

申込者	被保険者番号							保険者名			
	フリガナ							性別	明治 年 月 日		
	氏名							男・女	生年月日	大正 年 月 日	
									年齢	昭和 歳	
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	認定日	年 月 日									
	負担割合	1割			2割						
	負担限度	1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階									
	住所										
電話番号	自宅						その他				
連絡先	氏名							続柄			
	住所										
	電話番号	自宅						その他			
本人及び介護の状況											
本人の状況 (要介護度)	<input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護1 認知症による以下の不適応行動が概ね1週間に1~2回程度出現する										
	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 放火の問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他()										
介護の必要性	<input type="checkbox"/> ア 身体的理由又は認知症による不適応行動のため在宅生活の継続が困難										
	介護保険の 居宅サービス利用状況	当 月				単 位					
		前 月				単 位					
		前々月				単 位					
	<input type="checkbox"/> イ 在宅生活が困難なため当施設以外の施設に入所(入院)中										
施設(病院)名					期 間	年 月 日					
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ロングショート <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> グループホーム・ケアハウス・有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム・身体障害者療護施設											
家族等介護者の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯、介護者が虚弱 <input type="checkbox"/> 介護者が就業中・複数の人を介護している等										
入居希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月 頃 <input type="checkbox"/> その他()										
介護・医療の状況	<input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻注 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> その他() 《現在治療中の病気・特記事項》										
他の特養申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいない <input type="checkbox"/> 申し込んでいる 施設名()										
緊急に入居を要する理由 (該当者のみ記入)											
特記事項											
入居希望居室 (○と順位を記入)	・ (第 希望)特養 ユニット個室					・ 特に居室希望なく、空いた場所に入居希望					
	・ (第 希望)地域密着型 多床室					・ (第 希望)地域密着型 ユニット個室					

上記申込者の入居申込みについて下記の通り回答します。

(地域密着型)特別養護老人ホーム ウェルハート明和

担当者

TEL 0596-55-8800

FAX 0596-55-8801

年 月 日付で受け付けました。

受け付けません 理由()

この申込書に記載いただいた個人情報およびプライバシー情報は、利用目的である、入居決定に関する協議に必要な場合、介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整に必要となる場合、入居申込者の心身状況を確認する場合を除き、同意なしには使用しません。

個人情報の提供が必要な場合は、上記の目的の範囲内で必要最小限にとどめ、情報提供の際には関係者以外に個人情報が漏れることのないよう細心の注意を持っています。

介護支援専門員等意見

(年 月 日現在)

※現状が確認できるフェイスシートの添付をお願いします。

入居申込者氏名	
被保険者番号	
介護認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日 要介護 1 2 3 4 5
日常生活自立度	障害高齢者 () 認知症高齢者 ()

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

(1-1) 本人の生活等の状況

--

(1-2) 本人の既往現病(入院及び手術有無、服薬内容)

--

(2) 家族等介護者の状況

--

介護支援専門員等	事業所名 (TEL :)	氏名
----------	------------------	----

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、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

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字が読める <input type="checkbox"/> かすんで見える <input type="checkbox"/> まったく見えない (眼鏡 有 無)
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> まったく聞こえない (補聴器 有 無)
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し障害がある <input type="checkbox"/> 障害がある (伝達手段: 筆談・身振り・表情)
意思 伝達	<input type="checkbox"/> 自分の意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> ほとんど伝達できない
精神症 状関係	認知症状 (有・無) 意思疎通 (可能・曖昧・困難) 幻覚・妄想・物忘れ・失認・意識障害・自傷行為・攻撃・暴力・暴言・不潔行為 奇声・大声・異食収集癖・徘徊・不安・興奮・感情表現・その他
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かの支えが必要 (杖・手すり・シルバーカー・歩行器) <input type="checkbox"/> できない (車椅子: 自走可能・全介助)
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立ち 上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
起き 上がり	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
座位 保持	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる
食事 摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 () 主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他 右・左 箸・スプーン・フォーク エプロン: (有・無) 食欲 (良好・普通・不良) 食事時間: 早い・普通・遅い () 分位) 食事制限 (有・無) 義歯 (有・無)
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他 ()
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> その他 ()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット 尿意: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 便意: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
衣服 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 ()
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 ()