

特別養護老人ホーム高清水寿光園 入所申込書

年 月 日

特別養護老人ホーム高清水寿光園
施設長 須田 剛 様

申込者氏名 _____ 続柄 (_____)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認下さい
	フリガナ名	※必ずフリガナもご記入下さい										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			年齢	歳	性別	1. 男 2. 女				
	要介護区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (要介護認定申請中：申請年月日 年 月 日)										
	認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日 まで							
	住 所	〒 _____										
	電 話 番 号						F A X 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						
					同 ・ 別							
					同 ・ 別							
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)												
<p>1. 私は、上記入所申込者情報について、高清水寿光園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。</p> <p>2. 上記申込者の近況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新する事に私は同意します。</p> <p>3. 介護認定が更新された場合は高清水寿光園に連絡する事とし、認定の有効期間が満了し3ヶ月経過しても更新の連絡がない場合には、入所申込を辞退したものとみなす事に私は同意します。</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">申込者氏名 _____ 印</p>												

(施設記入欄) 【受付No. _____】

受付年月日	年 月 日	受付者氏名	生活相談員
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

受付番号 【 】 対象者氏名 【 】

調査年月日	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"/> その他 ()		
利用施設名	() ※自宅等の場合は無記入		
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"/> 通所リハビリ <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) 他施設申込状況 ()		
健康保険	種 別	年 金	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 /判定 種 級) (障害名)		
食 事 容 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯 ()		
	内 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 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 (機械浴・中間浴・一般浴)		
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) 排便 (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"/> 大声が聞こえる <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"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度) 中核症状 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <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 (薬品名:)		
既 往 歴	昭・平・令 年 月頃		
	昭・平・令 年 月頃		
	昭・平・令 年 月頃		
	昭・平・令 年 月頃		

【特記事項】	

介護支援専門員意見書 記入上の留意事項

介護支援専門員意見書における申込者の状況判断を行う場合の留意事項については以下の通りとする。

1. 「認知症による不適応行動」

昼夜逆転、徘徊、暴言、暴行、放尿など認定調査における周辺症状に関する項目が3つ以上ある場合で、「非常に多い」は毎日ある場合、「やや多い」は週に1～2回以上ある場合、「少しあり」は月に1～2回程度ある場合を目安とする。

但し、項目が3つ以内であっても周辺症状の頻度によっては、それぞれの場合に当てはめて判断するものとする。

2. 「在宅サービス利用度」

① 在宅サービス利用限度額割合において、実際の利用限度額割合が経済的理由や地域で活用できるサービス量や数によって制限されている場合、介護支援専門員の判断により本来必要な量を測定し割合率に直し該当する項目に印をするとともに特記事項欄にその理由を記するものとする。

② 施設を利用している申込者については、退所後の在宅における生活や介護者の状況等総合的見地に立って在宅サービス利用限度額に置き換えた場合、どこに該当するかを介護支援専門員が判断し印をするとともに特記事項欄にその理由を記するものとする。

3. 「主たる介護者、家族等の状況」

① 介護者が障害や疾病

◎「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、更衣、食事などA D L全般の援助が困難な場合。

◎「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のA D L援助ならびできる場合。

◎「介護可能」は、介護者に障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合。

② 他の同居介護補助者

◎「随時あり」は、週1～3日程度。

◎「常時あり」は、週4日程度以上ある場合。

※一日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

③ 別居血縁者介護協力

◎「随時あり」は、週1～3日程度。

◎「常時あり」は、週4日程度以上ある場合。

4. 特記事項及び意見欄については、介護支援専門員の判断で最高10点の範囲で何点の加算が適当かを理由を記して点数明記するものとする。

5. その他の申込者の状況判断については、「入所申込者評価基準における評価上の留意事項」を参照するものとする。

入所申込の手続き及び注意事項

1. 入所申込書の記載

様式1「特別養護老人ホーム高清水寿光園 入所申込書」

→ ご家族など申込者が記載して下さい。

様式2「入所申込調査票」

→ ご家族など申込者（または担当の介護支援専門員）が、入所希望者の状態についてなるべく詳しく記載して下さい。

様式3「介護支援専門員意見書」

→ 入所希望者の担当介護支援専門員が記載して下さい。

2. 入所申込書の提出

上記様式1～3について内容に不備がないか確認の上、当施設へ直接持参するか、郵送にて提出して下さい。

3. 入所申込書提出後の更新手続き（重要）

当施設では、介護認定有効期間により入所申込の管理をしております。

入所申込書に記載された「認定有効期間」が満了し、3ヶ月を経過しても介護認定有効期間更新の連絡を頂けない場合には、入所申込を辞退したものとみなします。

引き続き入所申込を継続される場合は、介護認定の更新後に申込者様（または担当の介護支援専門員）より、更新後の要介護度および認定有効期間を当施設までご連絡下さい。

※ 入所申込について、不明な点や確認されたい事などが御座いましたら、下記担当者までお問い合わせ下さい。

介護老人福祉施設 高清水寿光園
〒011-0906 秋田市寺内後城6番41号
TEL : 018-880-1050
FAX : 018-846-7801
相談員 佐藤 詩乃