

|     |       |     |       |
|-----|-------|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 | 受付日 | 年 月 日 |
|-----|-------|-----|-------|

## 入 所 申 込 書

- ☐ 特別養護老人ホームさかえの里  
☐ 特別養護老人ホームさかえの里（ユニット型） 施設長 様  
☐ 地域密着型特別養護老人ホーム第二さかえの里

## 入所申込者の家族（連絡先）

|               |              |
|---------------|--------------|
| 住 所           | 〒 ー          |
|               | 電話番号 ( )     |
| (ふりがな)<br>氏 名 | (入所申込者との続柄 ) |

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|                |                                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------|
| 入所申込者<br>氏 名   | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                      | 性 別                                    | 男 ・ 女          |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日                                   | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| 現 住 所          | 〒 ー<br>電話番号 ( )                                                                                                                                                                                                                             |                                        |                |
| 介護保険           | 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                      |                                        | 保険者名           |
|                | 要 介 護 度                                                                                                                                                                                                                                     | □要介護3 □要介護4 □要介護5 特例入所対象者（□要介護1 □要介護2） |                |
|                | 認 定 期 間                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 ～ 年 月 日                          |                |
| 健康保険           | (種別・記号番号)                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                |
| 年 金 等          | (種別)                                                                                                                                                                                                                                        |                                        |                |
| 障 害 者<br>手 帳 等 | 手帳の種類 (障害名： ) 判 定 級 (度) 年 月 日                                                                                                                                                                                                               |                                        |                |
| 現 況            | <input type="checkbox"/> 自宅（単身・同居）<br><input type="checkbox"/> 施設（病院）に入所（入院）中 名称 ( 年 月 日～)                                                                                                                                                  |                                        |                |
| 医療の状況          | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析<br><input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>現在治療中の病気 |                                        |                |
|                | 病 名                                                                                                                                                                                                                                         | 入院・通院医療機関名                             | 期 間            |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             |                                        | 年 月 日～         |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             |                                        | 年 月 日～         |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             |                                        | 年 月 日～         |
|                | 既往症                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                |
| 病 名            | 入院・通院医療機関名                                                                                                                                                                                                                                  | 期 間                                    |                |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             | 年 月 日～ 年 月 日                           |                |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             | 年 月 日～ 年 月 日                           |                |
|                |                                                                                                                                                                                                                                             | 年 月 日～ 年 月 日                           |                |

|          |                                                                                                                                                                                                                            |     |          |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 入所申込者の意向 | <input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい<br><input type="checkbox"/> 年 月 頃までには入所したい<br><b>※他施設の入所申込み状況</b><br><input type="checkbox"/> 他の施設には申し込みしていない<br><input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる（今後申込み予定も含む）<br>（他の施設名）<br>_____ |     |          |
|          | 担当<br>介護支援専門員                                                                                                                                                                                                              | 氏 名 | 電話番号 ( ) |
|          | 事業所名                                                                                                                                                                                                                       |     |          |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 留意事項 | 本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。<br><b>【連絡先】</b> 特別養護老人ホームさかえの里<br>特別養護老人ホームさかえの里（ユニット型）<br>電 話 0256（45）0500<br>ファックス 0256（45）0501<br>担当者名 <u>生活相談員 石井 田中 佐藤 高橋</u><br>地域密着型特別養護老人ホーム第二さかえの里<br>電 話 0256（45）1133<br>ファックス 0256（45）1135<br>担当者 <u>生活相談員 市川 志賀 工藤 高橋</u> |  |  |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 説明確認及び情報収集に係る同意 | 私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。<br>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所申込者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。<br>また、関係市町村に報告提供することに同意します。<br>令和 年 月 日<br>入所申込者 _____（印）<br>入所申込者の家族等 _____（印） |  |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |

## 入所申込者の状況

|             |                                |                              |     |                                |                                                |
|-------------|--------------------------------|------------------------------|-----|--------------------------------|------------------------------------------------|
| 感染症         | 無 ・ 有（感染症名）                    |                              | 移 動 | 独歩・杖歩行・伝い歩き・歩行器・車イス・その他<br>（ ） |                                                |
| 認知症等による問題行動 | 無<br>有（ ）                      |                              |     | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助          |                                                |
| 視 力         | 左・右                            | 普通・やや見えにくい・見えにくい・<br>見えない    | 食 事 | 主食                             | ごはん・おにぎり・粥・ミキサー・<br>経管（種類： ）                   |
| 聴 力         | 左・右                            | 普通・やや聞こえにくい・<br>聞こえにくい・聞こえない |     | 副食                             | 普通・一口大・刻み・ごく刻み・ミキサー                            |
| 言 葉         | 普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由               |                              |     | 水分                             | とろみ（ 無 ・ 有 ）                                   |
| 意思疎通        | 普通 ・ どうか可 ・ 不可能<br>（具体的に）      |                              |     | 方法                             | 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他<br>自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| 麻 痺         | 無 ・ 有（部位： ）                    |                              | 排 泄 | 日 中                            | トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器                            |
| 痛 み         | 無 ・ 有（部位： ）                    |                              |     |                                | リハビリパンツ ・ 紙おむつ ・ パット ・ フォーレ                    |
| 床ずれ         | 無 ・ 有（部位： ）                    |                              |     |                                | 自立・見守り・誘導・一部介助・全介助                             |
| 寝 床         | 布団 ・ ベッド                       |                              |     | 夜 間                            | トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器                            |
| 入 浴         | 【一般浴 ・ 器械浴】<br>自立・見守り・一部介助・全介助 |                              |     |                                | リハビリパンツ ・ 紙おむつ ・ パット ・ フォーレ                    |
| 着 脱         | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助          |                              |     |                                | 自立・見守り・誘導・一部介助・全介助                             |
| その他         |                                |                              |     |                                |                                                |

## 家族構成（同一生計者）

| 氏 名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 勤務先 ・ 電話番号 | 備 考 |
|-----|----|----|------|------------|-----|
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |

## 同居していない兄弟・子供等

| 氏 名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 勤務先 ・ 電話番号 | 備 考 |
|-----|----|----|------|------------|-----|
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |
|     |    |    |      |            |     |

## 【作成上の留意事項】

### 1 「認知症等による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目において

- ・夜間不眠や昼夜が逆転している。
- ・1人で外に出たがり目が離せない。
- ・火の始末や火元の管理ができない。
- ・ろう便行為等の不潔行為がある。
- ・異食行為がある。

に関する項目で「ある」または「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」……………毎日ある場合

「やや多い」……………週に1～2回以上ある場合

「少しあり」……………月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

### 2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

### 3 「②介護者の障害・疾病」

「介護は困難」…… 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」…… 介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」…… 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

(別紙2)

介護支援専門員等意見書

入所申込者氏名：\_\_\_\_\_

1 本人の状況

|      |   |   |   |     |
|------|---|---|---|-----|
| 要介護度 | 5 | 4 | 3 | 2～1 |
|------|---|---|---|-----|

|             |       |      |      |    |
|-------------|-------|------|------|----|
| 認知症による不適応行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし |
|-------------|-------|------|------|----|

2 在宅サービスの利用度

|               |       |       |       |       |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| 在宅サービスの利用限度割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 |
|---------------|-------|-------|-------|-------|

3 主たる介護者・家族等の状況

|               |         |                            |        |
|---------------|---------|----------------------------|--------|
| ①世帯の状況        | 独居世帯    | 高齢者のみの世帯                   | その他（ ） |
| ②主たる介護者の年齢・続柄 | 歳（続柄： ） |                            |        |
| ③介護者の障害・疾病    | なし      | あり（ ）<br>介護は困難・多少は介護・介護は可能 |        |
| ④介護者の就労       | なし      | あり（職種等<br>勤務 日／週、 時間／日 ）   |        |
| ⑤介護者の育児・家族の病気 | なし      | あり（ ）                      |        |
| ⑥他の同居介護補助者    | なし      | あり（続柄： 日／週程度）              |        |
| ⑦別居血縁者の介護協力   | なし      | あり（続柄： 日／週程度）              |        |

4 特に記載すべき事項

|                            |
|----------------------------|
| ※ 本人や家族の状況が1～3でわかりにくい場合に記入 |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |
|                            |

|           |   |      |     |
|-----------|---|------|-----|
| 事業所名      |   |      |     |
| 担当介護支援専門員 | 印 | 電話番号 | （ ） |

- 認知症である者であって、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頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、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等が頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 単身世帯である、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

## 特例入所の要件 への該当に関する 考え

(要介護1又は要介護2の方が入所を申込む場合に記入してください。)