

入所申込書・回答用紙

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム うがた苑 苑

居宅介護支援事業所名

又は町村名

担当介護支援専門員名

又は担当者名

ご希望の 部屋タイプに ○印を記入		ユニット型個室
		多床室
		どちらでも良い

TEL

FAX

申 込 者	被保険者番号															保険者名	
	ふりがな											性別		明治			
	氏名											男・女		生年月日	大正 年 月 日		
	住所																
	電話番号	自宅	()					その他	()								
連 絡	氏名											続柄					
	住所																
	電話番号	自宅	()					その他	()								

本人及び介護の状況

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護度5 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度1 認知症による以下の不適応行動が概ね一週間に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"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 弄火の問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他問題行動 ()														
介 護 の 必 要 性	<input type="checkbox"/> ①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	当 月	単位												
	居宅サービス	前 月	単位												
	利用状況	前々月	単位												
家族等介護者の状況	<input type="checkbox"/> 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）中														
	施設（病院）名						期間	年 月							
緊急に入所を要する理由（該当者のみ記入）	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯、介護者が虚弱等 <input type="checkbox"/> 介護者が就業中・複数の人を介護している等														
特 記 事 項															

平成 年 月 日

上記申込者の入所申込について下記の通り回答します。

担当

TEL

FAX

平成 年 月 日付で受け付けました。

受け付けられません 理由

[]

介護支援専門員等意見

(平成 年 月 日現在)

入所申込者

入所申込者氏名	様	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

特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。	
認知症老人の日常生活自立度	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 正 常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ V
日常生活自立度	(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

2 サービス利用状況

(1) 利用しているサービス

サービス名	利用回数	サービス名	利用回数

(2) サービスに対する本人または家族の希望等

--

3 特記事項

(1) 本人の生活等の状況

①身体の状況について
②認知症等について
③疾患等について
④緊急性について(<input type="checkbox"/> 虐待・介護放棄 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他)

(2) 家族等介護者の状況

--

4 担当介護支援専門員等

介護支援専門員等	事業所名： (電話番号： (ファックス番号：) 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