

介護老人福祉施設「皇寿園」 入所申込書

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

受付者	印
-----	---

(フリガナ)		性別	保険者番号 (市町村)	
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明 大 昭 年 月 日 () 歳	要介護度	1・2・3・4・5	
			認定日：平成 年 月 日	
			開始日：平成 年 月 日	
			満了日：平成 年 月 日	
現住所	〒 - (□ 文書送付先) 電話：() -			
入所申込者の状況	申込時点の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 () ◇施設・病院名： ◇所在地： ◇入所・入院期間：平成 年 月から		
	申込みの理由	<input type="checkbox"/> 介護保険制度改正（介護療養型医療施設の廃止）にともない、早期退院を言い渡される。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず予約だけ		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ希望 <input type="checkbox"/> 他施設も申込している、申し込む予定 ◇他の施設 () () ()		
介護者の状況	(フリガナ)	性別	本人との関係	
	氏名	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している ◇住所： (□ 文書送付先) 電話：		
	介護者の意見	【介護をしている上で困っていることなど】		

【説明確認及び同意】

私は、貴施設の入所申込から入所決定に至るまでの手続き及び入所順位の決定方法について、説明を受け同意しました。なお、入所を待っている間に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等に変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

平成 年 月 日 申込者又は申込代理者氏名（自署）

一次判定項目 (N01)

様

平成 年 月 日

要介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5			
精神症状・行動障害	1 被害妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	11 落ちつきがないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	2 作話	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	12 外出して戻れないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	3 幻覚幻視	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	13 一人で外へ出たがる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	4 感情の不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	14 収集癖	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	5 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	15 火の不始末	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	6 暴言暴行	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	16 物や衣類を壊す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	7 同じ話をする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	17 不潔行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	8 大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	18 異食行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	9 介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	19 性的迷惑行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	10 常時の見守りが必要	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	又は	認知症自立度：自立 I II a IIb IIIa IIIb IV M
※上記は、認定調査項目7群「認知症による問題行動等」です。認知症による家族介護の手間を評価するもので、これにより入所受入れを控えるといったことはございません。				
介護者の状況	1 家族構成	<input type="checkbox"/> ア イ・ウ以外の世帯 (又は介護の必要なし) <input type="checkbox"/> イ 高齢者夫婦世帯 (18歳未満の子と夫婦との世帯含む) <input type="checkbox"/> ウ 独居		
	2 介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア 必要な時に協力者あり (又は介護の必要なし) <input type="checkbox"/> イ 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ 介護者不在		
	3 介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア 60歳未満 (又は介護の必要なし) <input type="checkbox"/> イ 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ 75歳以上 又は 介護者はいない		
	4 介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア 健康である (又は介護の必要なし) <input type="checkbox"/> イ 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ 介護者自身が要介護者である 又は 介護者はいない		
	5 介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア 十分介護にあたる時間がある (又は介護の必要なし) <input type="checkbox"/> イ 一部不在になる時間がある <input type="checkbox"/> ウ 殆ど介護にあたる時間がとれない 又は 介護者はいない		
	6 要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア 良好 <input type="checkbox"/> イ 介護はしているが疲労感濃い <input type="checkbox"/> ウ 最低限のかかわりのみ (又は介護者はいない、虐待)		
	【その他勘案事項】			

一次判定項目 (N02)

生活・経済的状況	1 待機状況	<input type="checkbox"/> ア 保健施設、病院に入所しているが制限なく入所院可能 <input type="checkbox"/> イ 申込を前提に入所院しているが退所を急がれていない <input type="checkbox"/> ウ 入所院期間が6～12ヶ月と限定されている <input type="checkbox"/> エ 入所院期間が6ヶ月未満と言われている(老健入所等) <input type="checkbox"/> オ 自宅介護(介護療養の制度改正により早期の退院を申し渡されている)
	2 在宅サービス利用率 ※過去の利用も参考	<input type="checkbox"/> ア サービス未利用(自立) <input type="checkbox"/> イ 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ 限度額の40%～60%未満(施設、老健、病院に入所院中) <input type="checkbox"/> エ 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ 限度額の80%以上(介護療養型医療施設入所中)
	3 在宅サービス利用状況 ※過去の利用も参考	<input type="checkbox"/> ア サービス未利用(自立) <input type="checkbox"/> イ それほど利用していないが充分と感じている <input type="checkbox"/> ウ まあまあサービスを利用している(施設、老健、病院に入所院中) <input type="checkbox"/> エ 限度額を超えるため一部利用を抑えている <input type="checkbox"/> オ 限度額を超えるためかなり抑えている
	4 収入の段階(本人)	<input type="checkbox"/> ア 十分な収入があり家族の支援も受けられる <input type="checkbox"/> イ 課税世帯で第4段階 <input type="checkbox"/> ウ 非課税世帯で第3段階(年間80万以上) <input type="checkbox"/> エ 非課税世帯で第2段階(年間80万未満) <input type="checkbox"/> オ 生活保護世帯で第1段階(老齢福祉年金受給者含む)
	5 住居の状況	<input type="checkbox"/> ア 快適な生活ができる住宅である(バリアフリー、障害者用住宅など) <input type="checkbox"/> イ 施設、老健、病院に入所院中で問題はない <input type="checkbox"/> ウ 一部居住性に問題がある(手摺は付けているが段差があるなど) <input type="checkbox"/> エ かなり居住性に問題がある(段差もあり、トイレ、浴室も使用できないなど) <input type="checkbox"/> オ 退所院しても帰る住まいがない
	【その他勘案事項】	

その他の事項

	その他の勘案事項
1. 現在のご病気	○現在、治療中の病気
2. 日常生活の中での特記事項	※要介護度での判断以外で、特筆すべき事項がありましたらご記入ください。
3. 部屋の希望	○入所する場合は、 <input type="checkbox"/> 個室が良い <input type="checkbox"/> 四人室が良い <input type="checkbox"/> どちらでも良い