

介護老人福祉施設「皇寿園」 入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付者	印
受付日	令和 年 月 日		

(フリガナ)		性別	介護保険保険者番号 (市町村番号)
氏名		男・女	介護保険 被保険者番号
生年月日	明 大 昭 年 月 日 () 歳	要介護度 (認定期間)	1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 年 月 日から 年 月 日まで

現住所	〒 - (□文書送付先) 電話: () -		
-----	---------------------------	--	--

入所申込者の 状況及び 申込理由	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"/> 介護付有料老人ホーム (特定入居者生活介護) <input type="checkbox"/> 住宅型有料ホーム (宅老所含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	申込の 理由			
	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、又は申し込む予定 <input checked="" type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 () () () <input checked="" type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 () () ()		

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等】			

【説明確認及び同意欄】

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。

令和 年 月 日

申込者又は申込代理者氏名 (自署)

一次判定項目 (N01)

裏面もご記入ください

様

令和 年 月 日

要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <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 (<input type="checkbox"/> 胃ろうによる栄養管理、 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養)			
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「認知症による周辺症状等」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 (又は本人に介護の必要はない) <input type="checkbox"/> イ 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ 一人暮らし (または、介護困難で独居状態にある)		
	2 介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア 必要な時に協力者あり (又は本人に介護の必要はない) <input type="checkbox"/> イ 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ 介護者不在 (またはこれに準ずる状態にある)		
	3 介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア 60歳未満 (又は本人に介護の必要はない) <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 (又は本人に介護の必要はない) <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 (要支援者) 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 (又は本人に介護の必要はない) <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 最低限のかかわりしかできない (又は介護者はいない)		
【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 介護保健施設、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(老人保健施設入所等) <input type="checkbox"/> オ 自宅介護 または 施設に入所しているが退所を急がされている
	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(または、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(または、老人保健施設に入所中) <input type="checkbox"/> エ 限度額の60%～80%未満(または、病院に入院中) <input type="checkbox"/> オ 限度額の80%以上
	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(または、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(老人保健施設・介護療養型施設に入所中) <input type="checkbox"/> エ 限度額を超えるため一部利用を抑えている(または、病院に入院中) <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(経済的にどの施設でも選択できる) <input type="checkbox"/> イ 課税世帯である <input type="checkbox"/> ウ 非課税世帯で下記以外である(負担軽減 第3段階) <input type="checkbox"/> エ 非課税世帯で年収80万未満である(負担軽減 第2段階) <input type="checkbox"/> オ 生活保護世帯である
	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 介護施設、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 または 自宅では介護できない環境である
	【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