

(別紙1 ①)

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

特別養護老人ホーム カナン 入居 申 込 書

特別養護老人ホーム カナン 施設長 様

申込者(連絡先)

| | | |
|----------|-------------|---|
| 住所 | 〒 | |
| (フリガナ)氏名 | (入所希望者との続柄) | |
| 電話番号 | ① | ② |

※日中連絡の取れる番号をご記入ください。

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | |
|------------------|--|---|----------|------------|
| 入居希望者 | (フリガナ) | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| 氏 名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日(歳) |
| 現 住 所 | 〒 | | 電話番号 () | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | | 保険者名 | 新潟市・その他() |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| | 認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 担当 介護支援 専門員 | 氏名 | 連絡先 | |
| | 事業所名 | | | |
| 健康保険 | (種別・記号番号) | | | |
| 年金等 | (種別) | | | |
| 障がい者 手帳等 | 手帳の種類 | (障がい名:) | | |
| | 判定 | 級(度) | 年 月 日 | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅(単身 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院名称 _____ (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"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他(| | | |
| | 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 | | |
| 入居希望 者の 意向 | <input type="checkbox"/> 今すぐに入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい ※他施設の入居申し込み状況 <input type="checkbox"/> カナンにのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) | | | |

| | |
|--------|----------------------|
| 申し込み理由 | (本人の状態と経過、家族介護の状況など) |
|--------|----------------------|

| 家族構成等 | <input type="checkbox"/> 独居世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|------|------|--------|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎同一生計者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 25%;">氏名</th><th style="width: 10%;">続柄</th><th style="width: 10%;">性別</th><th style="width: 15%;">生年月日</th><th style="width: 20%;">職業</th><th style="width: 20%;">勤務先TEL</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 勤務先TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 勤務先TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ◎本人の子供(別世帯) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 25%;">氏名</th><th style="width: 10%;">続柄</th><th style="width: 10%;">性別</th><th style="width: 15%;">生年月日</th><th style="width: 20%;">職業</th><th style="width: 20%;">勤務先TEL</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 勤務先TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 | 勤務先TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------|---|
| 留意事項 | <p>本入居申し込み書に記載した事項に際し、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。</p> <p style="text-align: center;">【連絡先】 特別養護老人ホーム カナン 新潟市東区寺山3丁目6番11号 電話 025-256-7070</p> <p>申し込みの有効期限は、入所申込みの日から3年間です。 引き続き申し込みを希望する場合は、更新の手続きが必要です。</p> |
|------|---|

| | |
|-----------------|--|
| 説明確認及び情報収集に係る同意 | <p>私は、貴施設への入居申込みの際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、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、また関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 入居希望者 _____</p> <p style="text-align: right;">入居希望者の家族 _____</p> |
|-----------------|--|

特養申込み者フェイスシート(ADL状況表)

記入年月日 年 月 日

※把握されている範囲で記入をお願いします。

| | | | |
|--------|---------------------------------|-----------|-----|
| 入所希望者名 | 様 | 記入者氏名(続柄) | () |
| 待機場所 | 自宅・病院・老人保健施設(病院・施設名)・その他(施設名) | | |

日常生活動作

| | | |
|--|--|--------|
| 歩行 | 独歩・杖使用・シルバーカー使用 転倒歴 : 無・有(場所) | |
| | 特記事項 | |
| 移動移乗等 | 車いす (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) | |
| | 移乗 (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) | |
| | 立ち上がり (自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) | |
| | 特記事項 | |
| 麻痺 | 無 ・ 有 (右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢)その他() | |
| 排泄 | 自立・声かけ・見守り・一部介助誘導(昼間・夜間)・全介助(昼間・夜間) | |
| | 尿意(有 ・ 無) 便意(有 ・ 無) 下着→布パンツ・紙パンツ・オムツ | |
| | 特記事項 | |
| 衣類の着脱 | 自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 全介助 | |
| 入浴 | 自立・声かけ・見守り・一部介助・全介助 ※入浴形態→一般浴・個浴・機械浴 | |
| | 特記事項 | |
| 会話 | 意思疎通 (問題なし ・ おおむね可能 ・ 何とか可能 ・ 不可能) | |
| | 特記事項 | |
| 視力 | 支障なし ・ 弱視(右・左) ・ 全盲 ・ 眼鏡(有・無) | |
| 聴力 | 支障なし ・ やや難聴(右・左) ・ 難聴(右・左) ・ 補聴器(有 ・ 無) | |
| 食事 | 自立 ・ 声かけ ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう) | |
| | 【主食】 常食 ・ 軟飯 ・ 全粥 | |
| | 【副食】 常食 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ペースト | |
| | 水分によるムセ(有 ・ 無) 治療食(有 ・ 無) 義歯(有 ・ 無) | |
| 精神状態 (該当する場合は項目に○をし、内容と頻度を記載してください) | 記憶障害 | 有()・無 |
| | 見当識障害※1 | 有()・無 |
| | 妄想 | 有()・無 |
| | 徘徊 | 有()・無 |
| | 介護への拒否 | 有()・無 |
| | 夜間の不眠・昼夜の逆転 | 有()・無 |
| | 特記事項 | |
| 介護で工夫されている点 | | |

※1見当識障害・・・自分が置かれている状況(時間・場所・自分と家族の関係等)を正しく認識することができない状態。

～お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました～

(別紙3)

介護支援専門員意見書

特別養護老人ホーム カナン 施設長 様

入居希望者名

| | | | | | |
|-------------|---------------|-------------|----------------|---|---|
| 1本人の状況 | 障害高齢者の日常生活自立度 | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | |
| 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 認知症による不適応行動 | 非常に多い(毎日) | やや多い(週1~2回) | 少し有り(月1~2回) | 無 | |

※不適応行動※

認定調査における精神・行動障害に関連する項目において「ある」または「ときどきある」が一つ以上ある場合で判断願います。

| | | | |
|----------------|----------|-------------------|----------|
| (不適応行動の主な行動内容) | | | |
| 徘徊が | ある・時々・ない | 介護への抵抗が | ある・時々・ない |
| 外出すると戻れない | ある・時々・ない | 帰宅欲求が | ある・時々・ない |
| 物を盗られたなど被害的になる | ある・時々・ない | 一人で外に出たがり目が離せない | ある・時々・ない |
| 作話をする事が | ある・時々・ない | 収集癖が | ある・時々・ない |
| 感情が不安定になる事が | ある・時々・ない | 物や衣類を破壊したり破いたりする | ある・時々・ない |
| 昼夜逆転が | ある・時々・ない | 独り言、独り笑いが | ある・時々・ない |
| しつこく同じ話をする事が | ある・時々・ない | 話がまとまらず会話にならないことが | ある・時々・ない |
| 大声を出す事が | ある・時々・ない | 自分勝手に行動する | ある・時々・ない |

2. 居宅サービスの利用頻度

| | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|
| 居宅サービス利用度割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|

※直近3カ月分のサービス利用表のコピーも添えてください。

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介護者の障がい・疾病 | なし | あり() ・介護は困難 | ・多少は介護 ・介護は可能 |
| ④介護者の就労 | なし 就労不可能 | あり() 勤務 日/週 | 時間/日 |
| ⑤介護者の育児・家族の病気 | なし | あり() 常時の育児看病・半日育児看病・臨時の育児看病 | |
| ⑥他の同居介護補助者 | なし | あり() (続柄 日/週程度) (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) (続柄 日/週程度) | |

4.【作成上の留意事項】

2. 在宅サービスの利用度

・サービス利用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。

(区分支給限度基準額単位/サービス利用単位数×100)

・算定の期間については概ね3カ月を標準とし、平均利用割合による判断する。

・算定の対象になるサービスは、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、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所者生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能居宅介護、福祉用具貸与等
病院や老人保健施設、療養型病棟に入所している場合は30%以上(12点)とする。

3. 「③介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」……介護者が障がい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」……介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

「介護は可能」……介護者に障がいや疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合を目安にして判断する

※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。

| | |
|-------|-----|
| 作成年月日 | 担当者 |
| 作成者所属 | |