

指定介護老人福祉施設入所申込書

施設記入欄	受付日時	平成 年 月 日
	受付番号	
	受付者	

特別養護老人ホーム 宇治愛の郷 施設長様

フリガナ		保険者番号	
氏名		介護保険 被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日	要介護度	1・2・3・4・5
性別	男・女	有効期間	平成 年 月 日迄
現住所	〒 ー 電話番号 ( )		
現在の居住 (現住所と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 入院・入所先名称 ( ) 入院・入所期間 (平成 年 月 日～) 退院・退所予定日 (平成 年 月 日頃)		
他施設の申込 状況 (予定)	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込む (予定) ( 箇所)		

申込代理者 (申込者が本人でない場合は、下記の欄にご記入ください。)

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所 ※入所希望者と同居の 場合は不要	〒 ー 電話番号 ( )		

上記入所希望者について介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望します。なお、入所の待機中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又は、要介護度や連絡先、状況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。

同意書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、保険者等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 年 月 日 氏名 印
-----	---

担当介護支援専門員	
事業所名	
連絡先電話番号	

優先入所に関する評価票（担当介護支援専門員が記入）

様式2

入所希望者氏名		基本評価	点
---------	--	------	---

申込理由	1. 2. 3.
------	----------------

1.介護度・認知症高齢者の日常生活自立度ランク（40点）

区 分		認知症高齢者の日常生活自立度					
		M	IV	III	II	I	自立
要介護度	5	40	40	35	35	35	35
	4	40	40	35	30	30	30
	3	40	35	35	25	20	20
	2	30	30	20	15	15	10
	1	25	25	15	15	10	5

2.居宅介護サービスの利用状況（20点）

居宅介護サービス利用限度額の割合（利用率）	76%以上	20
	51%～75%以下	15
	26%～50%以下	10
	25%以下	5

3.介護者の状況（20点）

1.身寄りがいない。介護者がいない。介護者はいるが著しく介護が困難な状況がある。	20
2.就労等で十分な介護ができない者が介護をしている。	10
3.その他、必要だと思われる介護が提供できていない。	5

4.住環境の状況（10点）

1.住宅改修を含む福祉用具等を導入しても解決できない問題がある。	10
2.住宅改修を含む福祉用具等を導入すれば在宅生活が継続できる。	5
3.住環境には、問題はない。	0

5.特記事項（10点）

	10
--	----

入所希望者氏名	
---------	--

入所希望者本人の状況など（担当介護支援専門員が記入） ※該当箇所にレ印

本人の意向	<input type="checkbox"/> 積極的に入所希望している <input type="checkbox"/> 入所に納得している <input type="checkbox"/> 入所に関して本人確認が困難 <input type="checkbox"/> 本人は入所を望んでいない
-------	--

身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	
認知症における 周辺症状、行動障害など (具体的に記入)	
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護（週 回） <input type="checkbox"/> 通所リハ（週 回） <input type="checkbox"/> 短期入所（月 日） <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（週 日） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週 日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療の状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル < 既 往 歴 >
経済状況	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り（ ）
在宅生活継続の 可能性	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> これ以上居宅サービスを利用しても支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他
その他	