

入居申込書

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日 年 月 日

申込者	住所	〒 []																			
	フリガナ氏名	※(本人は不可)															希望者との関係				
	電話番号	①	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	②	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																

受付施設

フリガナ入居希望者氏名	性別	男性	女性
	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日 歳

現住所 〒 []

TEL []

介護保険	介護保険番号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	保険者	・阿賀野市・阿賀野市外()		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 特例入居対象者 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2				
	認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日				

居宅支援事業所 介護支援専門員

申請理由

入居希望者の意向 今すぐ入居を希望する 下記の希望する施設にチェックしてください。

白鳥荘(ユニット型個室のみ) やすだの里(多床室・個室)

コスモスの里(地域密着ユニット型個室・多床室・個室) はぐろの里(多床室・個室)

他の施設への申込み状況 他の法人の特養にも申込みしている 今は申込みしていないが、これから申し込む 特養以外の施設に申し込んでいる【(施設名) 】

健康保険 健保 国保 共済 組合 生活保護 後期高齢(本人・扶養)

年金等	国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 高齢基礎年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> その他()	老人医療受給	有・無
		障害手帳等	有・無

現況 自宅

施設に入所(施設名)() 入居日 H・R 年 月 日 ~

入院中または療養病棟()病院()病棟 入院日 H・R 年 月 日 ~

現在のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 短期入居	事業所名	頻度	
	<input type="checkbox"/> 通所系	事業所名	頻度	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	事業所名	頻度	
	<input type="checkbox"/> その他	事業所名	頻度	

カテーテル() 経管栄養(経鼻・胃ろう) インスリン(1日 回) その他()

肝炎 癌() 吸痰(1日 回) 人工透析 ストーマー(人工肛門) ペースメーカー

現在治療中の病気

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

既往歴

病名	入通院医療機関	期	間
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日
		年 月 日 ~	年 月 日

◎主たる介護者

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名(フリガナ)	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯)
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		
.....		男・女	T・S H・R 年 月 日		

<p>説明確認及び 情報収集にか かわる同意書</p>	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し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。 なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関 する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集するこ とに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>入居希望者 _____ 印</p> <p>入居希望者の家族 _____ 印</p>
-------------------------------------	--

<p>連絡問合せ</p>	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に 入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。</p> <p>【連絡先担当者】 阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局(特別養護老人ホーム白鳥荘内) 担当:上田 電話番号 0250-62-9898</p>
--------------	---

入居申込書(記入例)

社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会

申請年月日	R 1 年 5 月 10 日
申込者	住所 〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地
	フリガナ氏名 ハクチヨウ タロウ 白鳥 太郎 長男
	電話番号 ① 6 2 - 9 8 9 8 ② 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

申込者は本人以外で契約の際に直接電話連絡できる方。

フリガナ入居希望者氏名	ハクチヨウ ハナコ 白鳥 花子	性別	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/>	
生年月日	大正 昭和 7 年 4 月 2 日 87 歳			
現住所	〒 9 5 9 - 2 0 3 7 阿賀野市百津88番地			
介護保険	介護保険番号	0 0 0 4 1 2 3 4 5 6	保険者	阿賀野市・その他()
	介護度・認定期間	要介護 1 2 3 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5	H・R	30 年 1 月 1 日 ~ 1 年 12 月 3 1 日
	居宅支援事業所	居宅介護支援事業所はぐろの里	介護支援専門員	畑江 次郎

必ず正確に記入して下さい。介護保険番号は10桁です。

今すぐ入居したいにチェックがない場合は、将来を考えて申し込みを行ったと判断し、順位は付きませんのでご注意ください。

施設には複数の居室があります。利用料金にも差額があります。

入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する	下記の希望する施設にチェックしてください	
	<input type="checkbox"/> 白鳥荘(ユニット型個室のみ) <input type="checkbox"/> コスモスの里(地域密着ユニット型個室・多床室・個室)	<input type="checkbox"/> やすだの里(多床室・個室) <input type="checkbox"/> はぐろの里(多床室・個室)	
健康保険	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢(本人・扶養)		
年金等	国民年金	老人医療受給	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
		障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
現況	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(施設名または病院名)	() 園 () 園 () 園 () 園	(H) R 31 年 1 月 20 日 ~
現在のサービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入居	事業所名	〇〇〇〇の里
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所系	事業所名	〇〇〇〇園
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	事業所名	
	<input type="checkbox"/> その他	事業所名	

該当する項目にチェックしてください。

カテーテル 経管栄養(経鼻(胃ろう)) インスリン(1日 回) その他()

肝炎 癌() 吸痰(1日 3回) 人工透析 ストーマ(人工肛門) ペースメーカー

現在治療中の病気

病名	入通院医療機関	期	間
高血圧	〇〇病院	H 24 年 5 月 10 日 ~	年 月 日
アルツハイマー型認知症	〇〇病院		年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

なるべく正確にご記入願います。

既往歴

病名	入通院医療機関	期	間
脳梗塞	〇〇病院	5 年 3 月 2 日 ~	5 年 4 月 6 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

なるべく正確にご記入願います。

◎主たる介護者

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
白鳥 ○○	長男の妻	男・女	T S H R 20年3月20日	無職	

※主たる介護者の生年月日は必ずご記入ください。

自宅に本人がいない場合で、自宅に戻った時に介護する方の名前を記入をお願い致します

家族構成(世帯分離していても同居している場合を含む)

氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	電話番号(勤務先)
白鳥 太郎	長男	男・女	T S H R 18年5月5日	無職	
○○○	長男の妻	男・女	T S H R 20年3月20日	無職	
○○○	孫	男・女	T S H R 45年2月2日	(株)○○○会社	○○-○○○○
○○○	孫の妻	男・女	T S H R 46年7月7日	○○○会社(パート)	○○-○○○○
○○○	ひ孫	男・女	T S H R 17年3月3日	中学生	
○○○	ひ孫	男・女	T S H R 22年1月1日	小学生	
		男・女	T S H R 年 月 日		

本人に実子がない場合は、申込者の方の名前を記入をお願いします。

同居していない利用者の子(扶養義務者)

氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯)
阿賀北 ○○子	長女	男・女	T S H R 年 月 日	東京都△△区□町88番地	○○○-○○-○○
		男・女	T S H R 年 月 日		
		男・女	T S H R 年 月 日		

説明確認及び 情報収集にか かわる同意書	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し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。 なお、貴施設が入居順位決定のため必要な範囲において、私(入居希望者及び家族)に関する情報を、市町村、居宅介護支援事業者、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>令和 1 年 5 月 10 日</p> <p>入居希望者 <u>白鳥 花子</u> 印</p> <p>入居希望者の家族 <u>白鳥 太郎</u> 印</p>
----------------------------	--

連絡問合せ	<p>本入居申込書に記載した内容に変更が生じた場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず下記の担当者に連絡をして下さい。</p> <p>【連絡先担当者】 阿賀野市百津88番地 社会福祉法人 阿賀北総合福祉協会 入居受付事務局 担当:管理係 上田 電話番号 0250-62-9898</p>
-------	--

介護支援専門員意見書

※日常生活動作・生活の状況については必ずご記入願いたします。

入居希望者名	事業所名	記入者	印
日常生活動作	①歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	
	②移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 ()	
	③入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	④入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	⑤着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	⑥食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何とか一人で <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声掛け	
	⑦食事形態	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	⑧飲み込み	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 誤嚥経験あり <input type="checkbox"/> 水分でむせる	
	⑨排泄方法(日中)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器	
	⑩排泄方法(夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器	
	⑪排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	⑫視力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> メガネ使用	
	⑬聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器(左・右)	
	⑭会話	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 発語なし	
	⑮意志表示	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
	⑯麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	⑰拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
特筆すべき家族・介護状況			
生活の状況	①物を盗られた等、被害的になる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	②実際にはない物が見える、聞こえる	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	③夜間不眠や昼夜逆転がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	④暴言、暴力がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑤自分を傷つける行為がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑥大声を出すことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑦助言や介護に抵抗することがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑧目的なく動き回ることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑨1人で外に出たがり、目が離せない。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑩不潔行為がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑪食べられない物を口に入れる。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
	⑫ひどい物忘れがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
不適応行動の内容			

介護支援専門員意見書

1. 介護の必要の程度

令和 年 月 日現在

① 介護度	1	2	3	4	5
-------	---	---	---	---	---

② 認知症高齢者の日常生活自立度

自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
-----	----	---	------	------	-------	-------	----	---

2. 主たる介護者・家族等の状況

一人暮らしの高齢者

①主たる介護者の年齢	70歳以上	60歳以上	60歳未満			
②介護者の障害・疾病	介護は困難	多少は介護可	介護は可能			なし
③介護状況	不十分	やや不十分	概ね充分			充分
④介護者の就労	就労不能	8時間以上	4～8時間	4時間未満	なし	
⑤介護者が育児・同居家族が病気	常時の育児看病	高齢者のみ	半日育児看病	臨時育児看病	なし	
⑥同居家族への介護	常時あり	あり	時々あり			なし
⑦他の同居介護協力者	なし	時々あり	あり			常時あり
⑧別居血縁者介護協力	なし	時々あり	あり			常時あり

【作成上の留意事項】

2. 2の「主たる介護者・家族等の状況」について

②の介護者の障害・疾病 = 介護者自身の障害や疾病の為にどの程度の介護ができるか。

- ・「介護は困難」 食事介助等の軽介護のみ可能で、その他の介護は困難。
- ・「多少は介護可」 更衣、入浴、排泄等の介護のうち一つは可能。
- ・「介護は可能」 更衣、入浴、排泄等の介護のうち二つは可能。
- ・「なし」 障害や疾病はない、または就労や育児の為に介護が困難な場合も含む。

③の介護状況

- ・「不十分」 排泄、食事、入浴等の清潔面や衛生及び健康の援助が行き届いていない。
- ・「やや不十分」 排泄、食事等の衛生や健康の援助が行き届いていない。
- ・「概ね充分」 入浴等の清潔の援助が行き届いていない。
- ・「充分」 日常生活動作全般に渡り援助が行き届いている。

※ 上記はあくまで家族等の介護状況を評価するものであり、ヘルパー等の援助は差し引いて判断する。また、詳細が把握しきれない場合はヘルパー等より情報収集し判断する。

④介護者の就労

- ・「就労不能」 入居希望者への介護の為に就労できない、退職や休職した。
- ・「4～8時間以上」「4時間未満」 入居希望者への介護の為に短時間勤務にしたり、残業を免除されている。
- ・「なし」 高齢や専業主婦(夫)等で無職、介護者自身の障害や疾病で就業できない。

⑤「高齢者のみ」 老老介護で入居希望者と同様の高齢者二人世帯

⑥の同居家族への介護 = 入居希望者以外の同居家族への家族

- ・「常時あり」 食事、排泄、入浴等の介護を行っている。
- ・「あり」 排泄、入浴等の介護を行っている。
- ・「時々あり」 食事等の介護を行っている。

※ 上記はあくまでADL面でありIADL面は含まない。

⑦⑧の介護協力者

- ・「なし」 月に1回程度協力を得られる。
- ・「時々あり」 月に2～3回程度協力を得られる。
- ・「あり」 週に1～2回程度協力を得られる。
- ・「常時あり」 常時及び必要に応じて協力を得られる。

※ 援助内容は排泄や食事及び入浴等のADL面の他に、通院援助や掃除等の家事も含める。