

## 入居申込書

## 入居申込記入例

## 入所希望者(申込者)

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ	フクシ ハナコ	保 険 者	平戸市
氏 名	福祉 花子	被保険者番号	01234567890
生 年 月 日	昭和2年2月10日	要 介 護 度	1・2・ <b>3</b> ・4・5
性 別	男・ <b>女</b>	有効認定期間	平成25年12月16日～平成26年12月15日
現 住 所	〒859-5153 平戸市戸石川町950番地 電話番号 (0950) 23 - 8815		
本人の居所 (現住所と異なる場合に記入)	<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 checked="" type="checkbox"/> その他( 自宅 ) 入院・入所先名称( ) 入院・入所時期(平成 年 月～)退院・退所予定日(平成 年 月頃)		
給 付 制 限	介護保険負担額減額証 (第2段階) 食費 390円、居住費 820円		
認定審査会意見			

## 申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書きください。)

氏 名	福祉 太郎	入所希望者との続柄	息子(長男)
住 所	〒00000-0000 東京都 〇〇区 〇〇〇〇 電話番号 (〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇		

上記入居希望者について、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居を希望します。  
なお、入所の待機中に、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、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

申 込 予 定	<input checked="" type="checkbox"/> 貴施設のみ ・ <input type="checkbox"/> 他にも申し込む <input type="checkbox"/> 箇所(予定)
同 意 書	今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。 平成26年 1月 10日 氏名 福祉 花子 印

担 当 介 護 支 援 専 門 員 氏 名	担当ケアマネ 平戸 次郎
事 業 所 名	〇〇〇居宅介護支援事業所
連 絡 先 電 話 番 号	0950-23-〇〇〇〇

事務処理欄

受付年月日	年 月 日
受 付 者	

2枚目、3枚目はこちらの担当ケアマネに記入をお願いします。

入居希望者氏名	福祉 花子
---------	-------

申込み理由	自宅にて一人で生活しているが、最近物忘れがひどくなり、食事や薬の服用した事を忘れる様になり、火をつけたままにされ、家での生活困難になりつつあり、今後の為、施設へ申し込む。 家の中は住宅改修を行っており特段の不便はない状態。
-------	---

本人の意向	<input checked="" type="checkbox"/> 積極的に入居希望している <input type="checkbox"/> 入居に納得している <input type="checkbox"/> 認知症等により確認が困難 <input type="checkbox"/> 本人は入居を望んでいない
-------	--

身体的精神的 状況	要介護度	a	要介護3・4・5	a
		b	要介護1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	a	Ⅲ Ⅳ M(日常生活に支障を来し、専門的な援助が必要)	b
		b	正常 I II(日常生活に軽度の支障があるが、家族等の援助で自立)	

\*「要介護度」か「認知症高齢者の日常生活自立度」のいずれかが a であった場合には右欄の a を選択する。

主たる介護者の状況	単身、高齢の配偶者のみ、介護者が病弱又は入院等している場合、又は複数の高齢者等を介護している場合など著しい問題がある。	a
	在宅サービス等を利用して介護できている場合など著しい問題はない。	b

居住環境	居住環境が通常の生活や介護上著しい問題がある。	a
	居住環境は介護上著しい問題がない。	b

基本評価	A	a が3項目ある場合
	B	a が2項目ある場合
	C	a が1項目以下である場合

<p>特記事項(意見)</p> <p>「基本評価」にかかわらず、優先入所を必要とする特別な事由等があると思われる場合には、以下の視点等を参考にこの欄に記入するか、別に意見書を添付してください。1、入所希望者と介護者との人間関係や、介護者の介護技術などが介護上支障を来していないか。                  2、在宅での生活の継続のために居宅サービスを十分利用しているかどうか。                  3、施設を利用することによって積極的に心身の状態等の維持・改善、QOL の向上等が図れるかどうか。                  4、入所しても居住環境の条件等が改善されれば在宅復帰の可能性があり、その意思が確認できるかどうか。</p> <p>福祉様の家族様は息子様が東京におられるが、小さな子供を抱えており、仕事もあるため、年に1度程度の帰省しか出来られず、今はなんとか地域の方の協力や福祉サービスを利用し生活されているが、昨日、鍋をかけたまま眠っておられ民生委員の方が発見されるという事もあり、認知症状の悪化により生活の困難さが目立つ様になっている。居宅サービスについても、本人が自宅外へ出られる事を嫌がられる等が続いており、今後さらに状態の悪化が予測される。</p> <p style="text-align: right;">記入介護支援専門員氏名      平戸 次郎      印</p>
---

\* 以下は施設側が記入します。      判定      年      月      日

評価すべき個別的事項(担当介護支援専門員の特記事項から)
------------------------------

施設の総合評価
---------

入居希望者氏名	福祉 花子	基本評価	
---------	-------	------	--

入居希望者本人の状況等(該当するものにレ印をし、()には状況を具体的に記入してください。)

介護者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者を含む家族全員が 65 歳以上か 18 歳未満 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが介護が困難な特別な事情がある( )
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 <input checked="" type="checkbox"/> 十分な居宅サービスを受けられない等立地的に問題がある
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	自宅内では自身である程度の事ができるが、入浴や、清潔面で介助を要する。 最近では、家事行為について意欲低下や物忘れが目立ち、火のかけ忘れ、 食事や内服を飲んだ事を忘れておられる事が頻回になっている。
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1, 食事の摂取や内服の服用したかどうかを忘れられる。 2, 自身の衛生に関して意欲低下が見られる。 3,
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護(週 3 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 checked="" type="checkbox"/> 通所介護(週 3 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活(月 日) <input type="checkbox"/> 短期入所療養(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 checked="" type="checkbox"/> その他(福祉用具貸与(ギャッジベッド)、介護タクシー )
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"/> 疼痛の看護 <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 <現在治療中の病気や既往歴など> 本人高血圧、脳梗塞既往あり、定期的に市内の〇〇病院に受診している。この際には、 介護タクシーを利用して通院している。
経済的な事情	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(本人は年金所得のみ、息子様より必要分のみ相談し出してもらっている )
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 checked="" type="checkbox"/> 検討の余地あり( 本人の状態悪化があれば今後の生活が困難になる可能性あり ) <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	