

入居申込書

入所希望者(申込者)

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ		保 険 者	
氏 名		被保険者番号	
生 年 月 日		要 介 護 度	1・2・3・4・5
性 別	男・女	有効認定期間	年月日～ 年月 日
現 住 所	〒 電話番号 ()		
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 type="checkbox"/> その他() 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			
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		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

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	貴施設のみ ・ 他にも申し込む 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。 年 月 日 氏名 印		

担 当 介 護 支 援 専 門 員 氏 名	
事 業 所 名	
連 絡 先 電 話 番 号	

事務処理欄

受付年月日	年 月 日
受 付 者	

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

入居希望者氏名	
---------	--

申込み理由	
-------	--

本人の意向	<input 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
		b	要介護1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	a	ⅢⅣM(日常生活に支障を来し、専門的な援助が必要)	
		b	正常ⅠⅡ(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 style="text-align: center;">記入介護支援専門員氏名 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	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 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 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)	
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1, 2, 3,
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 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>
経済的な事情	<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	