

## 介護老人福祉施設 みどりの里やすらぎ荘 入所申込書 (家族記入用)

※ 記入漏れがありますと、入所検討において適切な判断が出来ない場合がありますのでご注意ください。

申込年月日：令和 年 月 日

|  |  |   |                        |
|--|--|---|------------------------|
| (ふりがな)<br>入所希望者氏名  | 性別<br>男・女  | 生年月日<br>大・昭 年 月 日                                 |                        |
| 現住所<br>〒   | 電話番号   |   |                        |
| 保険者<br>(住民票がある市町村)   | 介護保険<br>被保険者番号   | (10桁)   |                        |
| 要介護度<br>要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5   | 認定日  | 令和 年 月 日  |                        |
| 認定期間   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |   |                        |
| 要介護1・2   | 要介護1または2の方が入所を申し込まれる際、下記のいずれかに該当することが必要です。<br><input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。<br><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。<br><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。<br><input type="checkbox"/> 単身世帯または、同居家族が高齢・病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ地域で介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 |   |                        |
| 現在の居場所<br>□ 自宅で一人暮らし<br>□ 自宅で家族と暮らしている<br>□ 病院に入院中<br>□ 施設に入所している<br>(施設名： ) | 身体状況<br>介助が必要な<br>項目にチェック  | □ 食事<br>□ 更衣(着替え)<br>□ 移動<br>□ その他( )<br>□ その他( ) | □ 口腔ケア<br>□ 入浴<br>□ 排泄 |
| 現在、これまでの病気やケガ<br>1、<br>2、<br>3、<br>4、<br>5、                                  | 認知症<br>かかりつけ病院   | □ 診断あり<br>(どういった症状があるか記入)                         | □ 診断なし                 |
| 医療状況   | <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 排尿カテーテル留置・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)<br><input type="checkbox"/> その他( )    医療内容によっては入所できない場合があります  |   |                        |
| 入所希望理由   | <input type="checkbox"/> 独居であり介護する者がいない <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、高齢・病弱・就労している<br><input type="checkbox"/> 今の状態では自宅の環境で生活できない <input type="checkbox"/> その他( )  |   |                        |
| 入所希望時期   | <input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 今すぐではないが申込みはしておきたい   |   |                        |
| 入所申込状況   | <input type="checkbox"/> やすらぎ荘のみに入所申込み<br><input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる・申し込む予定<br>申し込む施設 1、                      2、                      3、                      4、                      5、  |   |                        |
| (ふりがな)<br>身元引受人氏名  | 性別<br>男・女  | 生年月日<br>大・昭・平 年 月 日                               |                        |
| 住所<br>〒  | 電話番号<br>携帯番号   |   |                        |
| 担当ケアマネジャー  |  |   |                        |
| 事業所名   | 電話番号   |   |                        |

## 入所調査票 (介護支援専門員記入用)

※ 記入漏れがありますと、入所検討において適切な判断が出来ない場合がありますのでご注意ください。

|                   |   |           |  |   |  |
|-------------------|---|-----------|--|---|--|
| 担当介護支援専門員名        |   | 所属事業所名    |  | 電話番号  |  |
| (ふりがな)<br>入所希望者氏名 |   | 性別<br>男・女 | 生年月日<br>大・昭 年 月 日  |   |  |
| 現住所               | 〒   | 電話番号      |  |   |  |
| 保険者               | 介護保険<br>被保険者番号  |           |  |   |  |
| 要介護度              | 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5  | 認定日       | 令和 年 月 日   |   |  |
| 認定期間              | 令和 年 月 日～令和 年 月 日   |           |  |   |  |
| 日常生活自立度           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 |           |  |   |  |
| 認知症高齢者の日常生活自立度    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                                 |           |  |   |  |
| 現病・既往             | 1、<br>2、<br>3、<br>4、<br>5、  | ADL(介助内容) | <input type="checkbox"/> 食事<br><input type="checkbox"/> 更衣(着替え)<br><input type="checkbox"/> 移動<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 口腔ケア<br><input type="checkbox"/> 入浴<br><input type="checkbox"/> 排泄 |  |
| 介護量               | <input type="checkbox"/> 8割以上10割 <input type="checkbox"/> 6割以上8割未満 <input type="checkbox"/> 4割以上6割未満<br><input type="checkbox"/> 2割以上4割未満 <input type="checkbox"/> 2割未満   |           |  |   |  |
| 医療内容              | <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 排尿カテーテル留置・膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)<br><input type="checkbox"/> その他( ) 医療内容によっては入所できない場合があります  |           |  |   |  |
| 入所希望理由            | <input type="checkbox"/> 独居であり介護する者がいない <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、高齢・病弱・就労している<br><input type="checkbox"/> 今の状態では自宅の環境で生活できない <input type="checkbox"/> その他( )   |           |  |   |  |
| 入所申込状況            | <input type="checkbox"/> やすらぎ荘のみに入所申込み<br><input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる・申し込む予定<br>申し込む施設 1、 2、 3、 4、 5、   |           |  |   |  |

|                  |   |              |           |      |  |  |
|------------------|---|--------------|-----------|------|--|--|
| 近親者氏名<br>(身元引受人) | ① | (ふりがな)<br>氏名 | 続柄        | 住所   |  |  |
|                  |   | 生年月日         | 昭・平 年 月 日 | 〒    |  |  |
|                  |   | 電話番号         |           | 携帯番号 |  |  |
|                  |   | (ふりがな)<br>氏名 | 続柄        | 住所   |  |  |
|                  | ② | 生年月日         | 昭・平 年 月 日 | 〒    |  |  |
|                  |   | 電話番号         |           | 携帯番号 |  |  |

※ 近親者不在の場合、入所をお断りする可能性がございますこと、ご了承ください。

|  |
|--|
| 介護支援専門員からの意見 (生活歴・現在に至る経緯・支援者の状況・緊急性 など) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |