

入所申込者各位

## 入所契約申込書について

### 〈1〉 申込書の記入について

#### ① 様式1 「特別養護老人ホーム入所契約申込書」の記入について

入所申込書の記載については、入所決定後に保証人になられる方がご記入下さい。もし、保証人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は最寄りの介護支援専門員が記入しても構いません。

#### ② 様式2 「入所申込調査票」の記入について

入所申込調査票については、ご家族記入が困難な場合は、担当ケアマネージャーや病院・施設の相談員など、ご本人の状態を一番理解されている方に協力してもらいながら、記入して下さい。

#### ③ 様式3 「介護支援専門員意見書」の記入について

介護支援専門員意見書については、担当ケアマネージャーに記入して頂いて下さい。施設入所されている方は施設のケアマネージャー、入院中の方は相談員や看護師等に記入の協力をお願いして下さい。

### 〈2〉 入所申込について

① 入所申込書 様式1 様式2 様式3 をセットにして、当施設まで提出して下さい。提出は保証人、代理の方(主たる介護支援専門員も可)、または、郵送でもかまいません。

② 申込の受付要件は、介護認定を受けた方のうち、要介護1以上の方であって常時介護を必要とし、かつ、家族等の介護負担状況から真に居宅に於いて介護を受けることが困難な方といたします。

### 〈3〉 申込者及びご家族、介護支援専門員への連絡事項

① 要介護認定の有効期間及び要介護度・状態が変わった場合はその都度、当施設までご連絡下さい。(入所の順番に大きく影響します)

② 当施設は短期入所(ショートステイ)利用も承っております。詳細や不明点につきましては、下記までご連絡下さい。

問合せ先 社会福祉法人 桜丘会  
特別養護老人ホーム 八橋 生活相談員  
TEL 018-896-0377

## 介護支援専門員意見書の記入上の留意事項

### 1. 「本人の状況」

#### ・認知症による不適応行動

昼夜逆転、徘徊、暴言、暴行、放尿などの認定調査における問題行動に関連する項目が3つ以上ある場合で、「非常に多い」は毎日ある場合、「やや多い」は週に1~2回以上ある場合、「少しあり」は月に1~2回程度ある場合を目安とする。ただし、項目が3つ以内であっても、問題行動の頻度によっては、それぞれの場合に当てはめて判断するものとする。

### 2. 「在宅サービス利用度」

●在宅サービス利用限度額割合において、実際利用限度額割合が経済的理由や地域の活用できるサービス量や数によって制限されている場合、介護支援専門員の判断により、本来必要な量を測定、割合率に直し該当する項目に印をつけるとともに備考記入欄にその理由を記するものとする。

●施設を利用している申込者については、退所後の在宅における生活や介護者の状況等総合的見地に立って在宅サービス利用額割合に置き換えた場合、どこに該当するか介護支援専門員が判断し、印をつけるとともに備考記入欄にその理由を記するものとする。

### 3. 「主たる介護者・家族等の状況」

#### ④介護者の障害や疾病

- ・「介護困難」は、介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などADL全般の援助が困難な場合
- ・「多少介護」は、介護者が障害や疾病のために2つ程度のADL援助ならば出来る場合
- ・「介護可能」は、障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。

#### ⑨他の同居介護補助者

- ・「随時あり」は、週1~3日程度
- ・「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。

※1日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

#### ⑩別居血縁者介護協力 ⑪近隣者等の介護協力

- ・「随時あり」は、週1~3日程度
- ・「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。

4. 特記事項及び意見欄については、介護支援専門員の判断で、最高10点の範囲で何点の加算が適当かを、理由を記して点数明記するものとする。

## 特別養護老人ホーム八橋 入所契約申込書

特別養護老人ホーム 八橋  
理事長 松淵 和博 様

平成 年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

特別養護老人ホーム八橋に入所したいので、次のように申し込み致します。

入 所 対 象 者	フリガナ		※必ずフリガナも記入してください												
	氏 名		性別		1. 男					2. 女					
	生 年 月 日		1. 明治		2. 大正		3. 昭和		年	月	日				
	住 所														
	電 話 番 号		F A X 番 号												
	介 護 保 険 の 情 報	保険者番号		被保険者番号										※介護保険 証のコピー を添付	
要介護状態区分		要介護度		1		2		3		4		5			
認定有効期間		平成		年	月	日	～	平成		年	月	日			
家 族 等 状 況	氏 名		続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の住所						電話番号		
						同・別							Tel.		
						同・別							Tel.		
						同・別							Tel.		
						同・別							Tel.		
居宅介護支援事業所名							ケアマネージャー名								

- 1 私は、上記入所申込者情報については、特別養護老人ホーム八橋が市町村介護保険事業計画策定等のため、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 2 上記申込者の状況変化については、原則として申込者からの申告があった場合のみ情報を更新することに、私は同意します。

対象者名 \_\_\_\_\_ 印

申込者名 \_\_\_\_\_ 印

(施設記入欄)

受付年月日		受付職員氏名	
特記事項			

# 入所契約申込調査票

氏名：	被保険者番号：
-----	---------

調査年月日	平成 年 月 日	調査者氏名	
現状 使用施設名	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) ※自宅の場合は		
介護保険 サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 調査時点での在宅サービスの利用単位数 ( 単位) 他施設の申込状況 (		
健康保険	種 別	年金等	種 別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名 判定 ( 級 種、その他		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内 容 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー ※食事制限 ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 特浴 ・ 中間浴 ・ 一般浴 ・ 夜間		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 状況：		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 下剤服用 ( 有 ・ 無 ) 便； 日 回 失禁 ( 有 ・ 無 )		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (状況： )		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 老眼鏡使用 ( 有 ・ 無 ) (状況： )		
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況： )		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
痴呆等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ) 問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等		
既往歴	昭 ・ 平 年 月 (頃) ; 昭 ・ 平 年 月 (頃) ; 昭 ・ 平 年 月 (頃) ;		

【特記事項】
--------

# 介護支援専門員意見書

氏名：

被保険者番号：

## 1、本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし	

## 2、在宅サービス利用度

在宅サービス利用度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
--------------	-------	-------	-------	-------

※右の内容が含まれる場合は○をつける

施設利用者

特別理由

## 3、主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> その他	
②介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="text"/> 歳	続柄 <input type="text"/>
③介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い	<input type="checkbox"/> やや重い	<input type="checkbox"/> 軽い	<input type="checkbox"/> 負担なし
④介護者が障害や疾病	<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 多少介護	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> なし
⑤介護者の就労	<input type="checkbox"/> 8時間以上 就労不能	<input type="checkbox"/> 4～8時間	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> なし
⑥他の要介護者	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	( 要支援 ・ 要介護 <input type="text"/> )	
⑦介護者が育児、家族が病气	<input type="checkbox"/> 常時の育児看病	<input type="checkbox"/> 半日育児看病	<input type="checkbox"/> 随時育児看病	<input type="checkbox"/> なし
⑧介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 普通
⑨他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄 <input type="text"/> )
⑩別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	(続柄 <input type="text"/> )
⑪近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 常時あり	

## 4、特記事項及び意見

点数  10点満点

- ①医療的処置（膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等）
- ②住居環境
- ③入所待機期間
- ④長期入院等に退院後の再入所
- ⑤その他

理由

## 5、備考記入欄

意見書作成年月日			
平成	年	月	日
意見書作成者所属			
意見書作成者			
印			