

# 施設入所申込書

新規

変更

		申込年月日		平成 年 月 日		
向陽苑 施設長 殿		申込者氏名		印		
ふりがな	利用者との関係		本人・家族(続柄: )・その他( )			
ご利用者氏名	印	男・女	明大昭 年 月 日生( 歳)			
要介護認定日	平成 年 月 日	要介護度	要支援・1・2・3・4・5			
介護保険記号番号	有効認定期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
現住所	〒 -					
世帯構成	一人暮らし・老人世帯・家族と同居・その他( )			電話番号		
入所希望施設	・特別養護老人ホーム・小規模特別養護老人ホーム(向日市在住の方のみ)・小規模ケアハウス(向日市在住の方のみ)・全施設					
担当介護支援事業所名	事業所住所					
担当介護支援専門員名	TEL/FAX		( ) / ( )			
現在の治療の有無(あれば具体的に)		かかりつけ医・病院名( )				
主な既往歴及び主な治療(最近5年間にかけた主な病気)						
感染症の有無	有・無・不明		※有の場合( )			
身障手帳の有無	有・無		※有の場合( 種 級 )			
身体状況等	※以下、該当する箇所に○をしてください。					
日常生活状況	動作等	状 態 等				備 考
	起居	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	歩行	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	脱衣	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	食事	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	食事の種類	普通食・キザミ食・ペースト食・※スプーン使用(有・無) ※入れ歯 有(上・下)無				
	排便	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	入浴	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
心身状況	洗面	ご自分でできる	少し介助が必要	大部分介助が必要	自分で全できない	
	言語	普通・やや不明瞭・不明瞭				
	目	見える・見えにくい・全く見えない				※眼鏡使用 有・無
	耳	聞こえる・聞こえにくい・全く聞こえない				※補聴器使用 有・無
	手・足	麻痺及び筋力低下の有無 有・無				※有の場合( )
理解	話が通じる・大体通じる・全く通じない					
収入状況	年金等の種類		年額(円)		年金等種類	
					年額(円)	
身元保証人 (連絡先)	氏名	続柄	同・別居	住 所		電話番号
	①					
	②					
特記事項					入所申込状況	
					・当施設のみ ・他施設にも申込(施設数: )	

## 入所選考に関する調査票(担当介護支援専門員が記入)

記入日	年 月 日	ご利用者氏名	
事業所名		介護支援専門員氏名	

## 1、要介護度・日常生活自立度 ※該当する箇所に○してください

要介護度	要支援	1	2	3	4	5
認知症高齢者日常生活自立度	M	Ⅳ	Ⅲ	Ⅱ	I	なし

※日常生活自立度:要介護認定の二次判定の際に用いられる認知症老人の日常自立度判定基準

※施設記入欄

## 2、居宅サービス利用状況 ※該当する箇所に○してください

現在の状況	在宅・施設( )・病院
居宅サービス利用限度額に対する割合	60%以上
	40%以上60%未満
	20%以上40%未満
	20%未満

## 3、介護者の状況 ※該当する箇所に○してください

・身寄りが無いなど介護する者がいない	
・介護者がいる (主たる介護者)	( )
・同居介護協力者がいる (主たる介護者)	( )
・別居親族等による介護者がいる (主たる介護者)	( )
・近隣者等による介護協力者がいる (主たる介護者)	( )
・病気入院中又は療養中、障害を有する	
・十分な介護が困難(育児・看病等)	
・その他 ( )	( )

## 4、特記事項

・自傷行為、不潔行為、常時徘徊など、在宅生活が困難と認められる 認知症症状による問題行動( )	( )
・住居環境 (廊下、会談、便所、浴室等の住宅改修が困難)	
・入所待機期間(前回申込日:平成 年 月 日) 年 カ月待機	
・緊急度 (急な身体状況の悪化により在宅生活の継続が困難)	
・その他 ( )	( )

## 5、介護支援専門員の入所への意見

--

----- 以下は施設記入 -----

判定年月日	年 月 日	入所順位の基準
○ 評価すべき個別的事項		
○ 総合評価		