

(様式1)

## 特別養護老人ホームのこうめの里入所申込書（新規・更新）

特別養護老人ホームこうめの里 施設長 様

受付印

申請日 年 月 日

申込者	氏名	(ふりがな)	本人との続柄
	住所	〒	
	電話番号	—	—
	携帯電話	—	—

入所希望者	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日(年齢)
			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
	住所	〒		
	電話番号	—	—	

介護保険	被保険者番号		保険者名	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
担当介護支援専門員	氏名		TEL	— —
	事業所名			

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 )
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 名称 _____ ( 年 月 日 ~ )
	<input type="checkbox"/> 病院入院中 名称 _____ ( 年 月 日 ~ )

申請理由	
------	--

入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい * 他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる  . _____ . _____ . _____ . _____
----------	--

留意事項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p> <p style="text-align: center;">(連絡先) 特別養護老人ホームこうめの里 〒956-0041 新潟市秋葉区小屋場335番地1 電話 0250-21-1165 FAX 0250-21-1166 担当者 生活相談員 天野 智美</p> <p><u>* 申込みの有効期間は、入所申込みの日から3年間です。</u>  <u>引き続き申込みを希望する場合は、更新の手続きが必要です。</u></p>
------	---

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">入 所 希 望 者 _____</p> <p style="text-align: center;">入所希望者の家族 _____</p>
-----------------	---

### 介護支援専門員意見書

入所希望者 \_\_\_\_\_

#### 1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
------	---	---	---	---	---

認知症による行動障害	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
------------	-------	------	------	----

#### 2. 在宅サービスの利用度

在宅サービスの利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
----------------	-------	-------	-------	-------

#### 3. 主たる介護者・家族等の状況

①主たる介護者の年齢・続柄	独居世帯	・70歳以上    ・60歳以上    ・60歳未満 (続柄: )		
②介護者の障がい・疾病		なし	あり	・介護は困難 ・多少は介護可能 ・介護は可能 ( )
③介護者の就労		なし	就労不能	・8時間以上の就労 ・4～8時間の就労 ・4時間未満の就労 ( )
④介護者の育児・家族の病気		なし	高齢者のみの世帯	・常時の育児看病あり ・随時の育児看病あり ・随時の育児看病あり ( )
⑤他の同居介護補助者		なし	・ 随時あり    ・ 常時あり	
⑥別居血縁者の介護協力		なし	・ 随時あり    ・ 常時あり	

\* 独居の場合は、「独居世帯」に○を付け、⑥のみ記入して下さい。

\* 高齢者のみの世帯の方は④の「高齢者のみの世帯」に○を付けて下さい。

#### 4. その他 特記事項

入所の緊急度、必要度	非常に高い	高い	今後の状況により必要
------------	-------	----	------------

【特記事項】
--------

作成年月日	令和    年    月    日	担当者	印
作成者所属			

※ すべての項目を記入してください。 ※ 裏面もありますのでご記入をお願い致します。

※ 法人内の一括提出の場合はコピーでも可としますが担当者の捺印をお願い致します。

\* 入所希望者ご本人の状況をご記入ください。(記入できる範囲でよろしいです)

1. 医療状況

現病	期間等	病名	入院・通院医療機関

既往歴	期間等	病名	入院・通院医療機関

	いつから・それに至った経緯など
<input type="checkbox"/> 経管栄養	
<input type="checkbox"/> カテーテル	
<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)	
<input type="checkbox"/> 酸素療法	
<input type="checkbox"/> インシュリン注射	
<input type="checkbox"/> 透析	
<input type="checkbox"/> 気管切開	
<input type="checkbox"/> その他	

● 当てはまるものに○をつけてください。

障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症老人の日常生活自立度	正常・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

● 当てはまるものに○をつけてください。(補足は備考に記入してください)

ADL等	状況	備考
移動	・歩行自立 ・歩行補助用具(杖、歩行器等)使用 ・車椅子使用	
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・経口摂取不可	
嚥下	・良好 ・不良	
入浴	・特殊浴槽 ・家庭浴(個浴) / ・自立 ・一部介助 ・全介助	
排泄	・トイレ・ポータブルトイレ・オムツ / ・自立 ・一部介助 ・全介助	
睡眠状況	・良眠 ・不眠 ・昼夜逆転 ・日によって睡眠状況に波あり	
認知症	・妄想 ・幻覚 ・弄便 ・異食 ・徘徊 ・不穏	
部屋状況	・ベッド ・畳 ・どちらでも可	

※介護保険被保険者証のコピーを添付して下さい。

## 【介護支援専門員意見書 作成上の留意事項】

### 1. 「認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

- ・「夜間不眠や昼夜が逆転している」
- ・「一人で外に出たがり目が離せない」
- ・「火の始末や火元の管理ができない」
- ・「ろう便行為等の不潔行為がある」
- ・「異食行為がある」

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

- ・「非常に多い」・・・ 毎日ある場合
- ・「やや多い」・・・ 週1～2回以上ある場合
- ・「少しあり」・・・ 月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

### 2. 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3ヶ月を基準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

### 3. 「②介護者の障がい・疾病」

「介護は困難」・・・ 介護者が障がいや疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などの ADL 全般の援助が困難な場合

「多少は介護可能」・・・ 介護者が障がいや疾病のため概ね2つ程度の ADL 援助ならできる場合

「介護は可能」・・・ 介護者に障がいや疾病はあるが ADL 全般の援助・介護が可能な場合  
を目安として判断する。

### 4. 「⑤他の同居介護補助者」、「⑥別居血縁者の介護協力」

「随時あり」・・・ 週1～3日程度

「常時あり」・・・ 週4日程度以上

を目安として判断する。なお、一日あたりの目安は2時間程度以上又は頻回とする。

\* 他の医療機関の入所施設等に現在入院（入所）している申込者の評価基準算定は原則として退院（退所）後に予想される状況で判断する。

\* 介護支援専門員意見書の記載内容が変更になった場合は、再度提出をお願いいたします。

(様式 3)

## 特例入所の要件・理由

入所希望者 \_\_\_\_\_

- \* 要介護1又は2の方は入所するためには、下記のいずれかに該当する必要があります。  
ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけ、その具体的な理由も記入してください。
- \* 申請者または介護支援専門員が記入してください。

特例入所の要件・理由	入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られる <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 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は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、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である
	上記要件の具体的な理由

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者 \_\_\_\_\_