

入所申込ご希望者様

社会福祉法人 秋田けやき会
特別養護老人ホーム やすらぎホームけやき
施設長 小川 卓也

入所契約申込書について

様式1の入所契約申込書は、入所ご希望者様とご家族様の情報をご記入ください。

様式2の入所契約申込調査票は、各項目に対してご記入ください。

様式3の介護支援専門員意見書は、担当ケアマネージャーに記入をご相談ください。入院中や介護老人保健施設等入所中の場合は、相談員または施設ケアマネージャーにご相談ください。

提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。

不明な点等ございましたら、施設までご連絡ください。

※要介護1又は、要介護2で入所契約申込書を提出される場合

1. 様式1の特例入所申込理由記載欄に、居宅において日常生活を営むことが困難な理由を下記から選択し記入してください。

- | |
|--|
| <p>① 認知症であって、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。</p> <p>② 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等が頻繁に見られる。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 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。</p> |
|--|

2. 「特別養護老人ホームにおける特例入所申込書に関する状態報告」を提出してください。

※入所申込書を提出した後のお願い

- ご家族様またはケアマネージャーの方からの申し出があった場合のみ情報を変更することになっております。状況等に変化があった場合はご連絡ください。
- 要介護認定が更新・変更になった場合は、必ず介護保険被保険者証の写しを当施設にご提出ください。
- 要介護認定が更新・変更となり、要介護1又は要介護2の認定の結果を受けた場合は、「特別養護老人ホームにおける特例入所申込者に関する状態報告」をご提出ください。

【担当】

〒010-1412

秋田市御所野下堤五丁目1番5号

特別養護老人ホーム やすらぎホームけやき
入所担当生活相談員

TEL 018-826-0651 FAX 018-826-0652

ホームページ:<http://akita-keyaki.or.jp/>

様式 1

特別養護老人ホーム やすらぎホームけやき 入所契約申込書

特別養護老人ホーム やすらぎホームけやき
施設長 小川卓也様

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 やすらぎホームけやきに入所したいので、次の通り申込み致します。

入所対象者の状況	フリガナ											※必ずフリガナも記入してください					
	氏名											性別	男 ・ 女				
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和											年		月		日
	住所																
	電話番号							FAX番号									
	介護保険の 情報	保険者番号					被保険者番号								※介護保険 被保険者証 の写しを 添付して ください		
要介護状態区分		要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 、新規申請中、区分変更中															
		新規申請・区分変更中の場合、申請日を記入：申請日 平成 年 月 日															
	認定有効期間	平成		年		月		日	～	平成		年		月		日	
家族等の 状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居の場合は、住所・電話番号を記入のこと。											
					同・別	TEL.											
					同・別	TEL.											
					同・別	TEL.											
特例入所申込理由記載欄 (要介護1又は要介護2で入所申込をされる方は、居宅において日常生活を営むことが困難な理由等を記入ください。)																	
担当居宅介護支援事業所								担当ケアマネージャー氏名									
居室の希望について		1. 一般棟				2. 認知症棟											

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やすらぎホームけやき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。

対象者氏名 _____ (印)

申込者氏名 _____ (印)

※施設記入欄

受付年月日	平成 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	調査票記入者氏名	
現在の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他() ※自宅以外の場合、利用施設名を右に記入の事()		
介護保険サービス 利用確認欄	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"/> 通所リハビリ <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、平成 年 月時点)		
他施設の申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(施設名)		
健康保険	種 別		
年 金	種 別		
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類 、 判定 級 種) 障害名()		
身体 の 状 況 に つ い て	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(状況) 歩行状況 (<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可) 移動器具の使用 (<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子等 <input type="checkbox"/> その他 [])	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(状況) 主 食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻、鼻腔) 副 食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() 水 分 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ付き ※食事制限() 使用物品 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(状況) 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"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> その他 []) 下剤服用 (有・無) 便; 日 回 失禁(有・無)	
	入浴、洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(状況; 一般浴・特浴、)	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(状況)	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1メートル前は見える <input type="checkbox"/> 目の前は見える <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能 (状況:) ※眼鏡使用(有・無)	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能 (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(状況)	
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 殆どできない <input type="checkbox"/> できない(状況)	
	認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽度・中度・重度)(状況) 周辺症状(<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 [])	
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名等()		
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有の場合は、具体的に記入して下さい)()		
既往歴 (病歴)	昭・平 年 月(頃);		
	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	<input type="checkbox"/> 施設利用者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/> 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	