

入所契約申込書について

1. 入所申込できる方

原則、要介護3以上で住民票の住所が秋田市内の方に限ります。

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。

2. 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

別紙「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。
また、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て記入してください。

- 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。
- ② 知的障害・精神障害等を患い、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。
- 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。
- 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。

※入所申込書を提出した後のお願い

1. ご家族様またはケアマネジャーの方から申し出があった場合のみ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。
2. 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。
3. 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】

地域密着型特別養護老人ホーム ふらっとけやき
入所担当生活相談員

TEL 018-838-1820 FAX 018-826-1833

ホームページ: <http://akita-keyaki.or.jp/>

様式 1

地域密着型特別養護老人ホーム ふらっとけやき 入所契約申込書

地域密着型特別養護老人ホーム ふらっとけやき
施設長 柿崎博行 様

令和 年 月 日

申込者氏名 _____ 続柄()

住 所 _____

電話番号 _____

地域密着型特別養護老人ホームふらっとけやきに入所したいので、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	〒 秋田市												
	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 コピーを添 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													
認定有効期間	新規申請・区分変更中の場合、申請日を記入：申請日 令和 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。								
						TEL								
						TEL								
						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)														
担当居宅介護支援事業所						担当ケアマネージャー氏名								

- 上記入所対象者情報について、地域密着型特別養護老人ホームふらっとけやきが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。
- 上記対象者の状況変化については、原則として申込者、またはケアマネージャーからの申告があった場合のみ情報を更新することに同意します。
- 介護認定が更新された場合は「ふらっとけやき」に連絡することとし、認定の有効期間が満了し3ヶ月経過しても更新の連絡がない場合には、入所申込を辞退したものとみなすことに同意します。

対象者氏名 _____ (印)

申込者氏名 _____ (印)

※施設記入欄

受付年月日	令和 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	令和 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 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、令和 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"/> シルバーカー <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 <input type="checkbox"/> 自助具()	
	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(一般浴・中間浴・特浴)(状況)	
	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"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない(状況)	
	認知症等	<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"/> 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"/> 異食 <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 (記載しきれない場合は、任意の用紙を別途添付して下さい)	昭・平・令 年 月(頃):	
		昭・平・令 年 月(頃):	
		昭・平・令 年 月(頃):	
	昭・平・令 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	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	<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	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	(要支援・要介護 <input type="text"/>)	
⑦介護者が育児、家族が病気	<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
	令和 年 月 日
	意見書作成者所属
	TEL:
	意見書作成者
	(印)