

入所申込書記入方法

・「入所申込書」は、次の2部になっております。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書兼台帳（標準様式1）

.....入所希望本人、又はご家族が記入してください。

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所選考調査票（標準様式2）

.....担当ケアマネージャー等に記入してもらって下さい

添付資料

介護保険被保険者証の写し

介護保険要介護認定調査票基本調査の写し
(介護保険証を発行している各介護保険課に家族が請求して下さい。)

直近3ヶ月分のサービス利用表及び別表の写し 1
(直近3か月内で介護サービスを受けていない方は必要ありません)

診療情報提供書

.....かかりつけ医師や、現在利用されている施設の医師等に作成依頼してください。もし作成依頼が困難な場合は、要介護認定の際の主治医意見書の写し（各市町村の介護保険課に請求すれば発行してもらえると思います。）を代わりに付けてください。

1 担当ケアマネージャーに依頼すれば用意していただけます。

問い合わせ先

記入方法、介護保険等で不明な点、質問がありましたら

私にまで、お問い合わせ下さい。

特別養護老人ホーム 菊水苑

副施設長 やま そ よし あき
 山 岨 義 明

電話 0721-93-4678 FAX 0721-93-5080

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書兼台帳

申込者連絡先 (家族代理の方の場合)	氏名:	続柄	申込日	年	月	日	受付日	年	月	日	
	〒		受付番号	担当者名							
	住所:		法人名	社会福祉法人 成 和 会							
	電話番号		入所申込施設名	特別養護老人ホーム 菊水苑 特別養護老人ホーム 喜志菊水苑							
	今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。										
(フリガナ)	性別	保険者(番号)									
氏名	男 女	被保険者番号									
生年月日	明・大 昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5								
要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 未申請の方は記入してください								
自宅住所	〒	電話番号									
現在の居住 自宅以外に 居住している 場合に記入	自宅で単身 高齢者のみの世帯 自宅で家族と暮らしている 他の施設や病院に入っている										
	施設・病院 の名称	所在地	〒 -								
入所申込理由	介護する者がいないため 介護する者が「高齢」「疾病」等により十分な介護が困難なため 介護する者が就労している事から、(昼間独居となり常時の)十分な介護ができないため 介護する者の身体的・精神的負担が大きくなり十分な介護が出来ないため 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため 居住環境の事情により十分な介護が困難なため 施設や病院から退所を求められているが自宅での介護が困難なため 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きいため その他()										
本人の入所意向	入所を希望している 迷っている 拒否している 知らせていない 認知力低下により理解困難										
在宅介護継続期間	年	か月	居宅サービスの利用の有無	有(下記についても記入してください) 無							
申込日前月に利用中のサービス (月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月					
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月					
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	短期入所生活介護	回/月					
	短期入所療養介護	回/月									

指定介護老人福祉施設 〔特別養護老人ホーム〕 入所申込書兼台帳

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号											
受付番号		保険者(番号)											
事業所名		連絡先電話番号											
担当ケアマネジャー氏名		職種											
基本的評価基準													
	要介護度	痴呆症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率		地域性	合計						
	1・2・3・4・5	・ a・ b・ a・ b・ M 該当なし	単身・介護者有	%		同一市町村・圏域内、隣接市	点						
	点数	点		点		点							
ケアマネジャー記入欄	年月日(記入日)	意見書	【本人の心身状況】		十分なケア(ナイトケア等)が受けられない 病院等の入所者で帰る家がない 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済理由 その他()								
			常時の介護や見守りが必要である 痴呆を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある。 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である 多少の一部介助や見守りを必要とする ほとんど自立による日常生活がある その他()		【注環境】 居住環境の事情により十分な介護が困難(居住が狭い等) 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある施設や病院から退所を求められている その他()								
			【介護者の状況】		【参考事項】 ・ 家族の負担感 介護疲れがひどい 殆どかかわっていない 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある 在宅サービスの利用にて順調 在宅サービスの利用ないが順調 ・ 意思疎通 慣れた人でも意思疎通は困難 家族など慣れた人なら問題はない 特に問題はない ・ 入所について 強く拒否している 拒否傾向 意思疎通が困難 希望はしてないが同意している 同意している 強く望んでいる								
			【在宅生活継続の可能性】										
			極めて困難 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある検討の余地あり 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる その他()										
			【在宅生活に支障のある状況】										
			近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 【時記事項】										

施設 記入 欄	年月日 (記入日)	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
		在宅介護の可能 性・介護者の事情	
		家族の 介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日		年 月 日		受付番号		入所日		年 月 日		
施設 記入 欄	年月日 (記入日)	要介護度	痴呆症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
		1・2・ 3・4・5	・ a・ b・ a・ b・ M 該当なし	単身・ 介護者有	% 未利用 入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点			
				点	点	点				
施設 記入 欄	年月日 (記入日)	要介護度	痴呆症老人の日常生活自立度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計			
		1・2・ 3・4・5	・ a・ b・ a・ b・ M 該当なし	単身・ 介護者有	% 未利用 入院・入所中	同一市町村・ 圏域内、隣接市	点			
				点	点	点				

診療情報提供書

(正)

紹介先医療機関等名

平成 年 月 日

紹介元医療機関の
所在名称及び名称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

1. 傷病名
2. 紹介目的
3. 既往歴
4. 症状経過及び検査結果
5. 治療経過
6. 現在の処方
7. 備考