

介護施設利用申込書 (1/3)

【様式1】

(1) 利用者および申請者に関すること

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)
利用者氏名			住所	〒 - TEL - -
要介護度	被保険者番号		認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日・申請中
居宅介護支援事業所		(担当ケアマネ)		TEL - -
現在の状況	1 自宅(独居・同居) (主介護者) 2 病院入院中(入院日: 年 月 日より、病院名:) 3 施設入所中(入所日: 年 月 日より、施設名:)			
利用中のサービス	訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリテーション 短期入所生活介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 その他()			
経済状況	1か月にお支払い可能な金額 ⇒ ¥ /月	《年金種類》	《介護保険負担限度額認定》※食費額に○を 300円 390円 650円 該当なし	

◎申請者情報

フリガナ		続柄	
申請者氏名			
申請者連絡先	〒	TEL (自宅)	- -
		TEL (携帯)	- -
申請者以外の連絡先	《氏名》	《続柄》	
	《住所》	TEL (自宅)	- -
		TEL (携帯)	- -
希望居室	多床室 個室 どちらでも (※グループホームは個室のみです)		
入所目的(申請理由)	本人		
	家族	
入所希望期間	平成 年 月 日～()まで / できるだけ長く		
希望する退所後の経路	1 自宅へ(平成 年 月 日ころを予定) 2 他の施設(施設名:) 申込中・申込未 3 未定(本人次第・介護者次第)		

◎家族情報(同居・別居ともに。※家族構成図は記入しなくてけっこうです)

同居者	続柄	年齢	勤務先など	家族構成図 ※
別居の親族	続柄	年齢	住所	電話番号

介護施設利用申込書 (2/3)

(2) 医療状況

	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無
既往歴		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
		年 月 日		有 ・ 無
内服中の薬	※おくすり手帳のコピーか、薬処方の際にでる用紙の添付でもけっこうです			
かかりつけ医	病院 ・ 医院		先生	

(3) 生活に関すること

生活歴(出身地・学歴・結婚・職業・趣味・娯楽など)			
飲酒	飲む(飲酒量:)	以前は飲んでいたが今は飲まない	飲まない
喫煙	吸う(喫煙量:)	以前は吸っていたが今は吸わない	吸わない
嗜好	好き嫌い()		
(本人・家族とも) 希望する援助	病気や健康面		
	食事・栄養面		
日常生活面(リハビリなど)			

(4) 性格・認知症に関すること

性格傾向	
対人関係	
認知症による問題	無 ・ 有 ⇒ 「認知症専門医」への受診状況【なし・あり・現在も通院中】

【情報収集及び情報提供に係わる同意について】

私は、上越市及び妙高市の施設への入所申込みに際し、私(入所希望者およびその家族等)に関する情報を市町村や担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の居宅サービス事業所、介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

利用者氏名

(印)

申請者氏名

(印)

介護施設利用申込書 (3/3)

(5) 身体状況および日常生活動作に関すること

視力障害	右	無・有 ()		眼鏡使用	聴力障害	右	無・有 ()		補聴器使用			
	左	無・有 ()		無 有		左	無・有 ()		無 有			
言語	無・有 状態 ()											
麻痺	無・有 部位 ()											
拘縮	無・有 部位 ()											
四肢の痛み	無・有 部位 ()											
皮膚疾患	無・有 部位 ()											
寝返り	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
起き上がり	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
座位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
立位保持	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
移乗	自立	つかまればできる	一部介助	全介助	(介助内容:)							
移動	独歩	杖	シルバーカー	歩行器()	車椅子()	つたい歩き	いざり					
	自立	見守り	一部介助	(介助内容:)			全介助					
食事	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
	主食形態	() 普通・大盛・小盛			摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり						
	副食形態	() 普通・大盛・小盛			摂取量	ふつう・少なめ・ムラあり						
	食事制限	無・有(内容)										
	アレルギー	無・有(内容)										
	嚥下状態	良好	不良	むせ	あり	なし	とろみ	必要	不要			
経管栄養	経鼻	胃ろう	腸ろう	:栄養の種類()								
	:総カロリー		Kcal	:白湯		ml/日	回数	回/日				
口腔ケア	自歯	無・有	義歯	無・有 (総義歯・部分義歯)								
	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
排泄	尿意	有	不確か	無	状態	正常	頻回	導尿	フォーレ	その他()		
	便意	有	不確か	無	状態	回/日	自然	下剤	坐薬	摘便	浣腸	ストマ使用
	日中	トイレ	ポータブル	オムツ	その他()	使用	布パンツ	紙パンツ	パット	オムツ		
	自立	誘導	一部介助	(介助内容:)			全介助					
夜間	トイレ	ポータブル	オムツ	その他()	使用	布パンツ	紙パンツ	パット	オムツ			
自立	誘導	一部介助	(介助内容:)			全介助						
入浴	普通浴	座位浴	寝台浴	ベッドバス	その他()							
	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
更衣	自立	一部介助(介助内容:)			全介助							
意志疎通	問題なくできる やや問題あり 日常的に困難 できない											
不適応行動	<input type="checkbox"/> 家族・知人を混同するなど人を間違える					<input type="checkbox"/> 暴力的・攻撃的になる						
	<input type="checkbox"/> 物忘れがひどく食事や荷物の場所を忘れてしまう					<input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転している						
<input type="checkbox"/> 火器やマッチ等の火の不始末がある					<input type="checkbox"/> 異食や不潔行為がある							
<input type="checkbox"/> 徘徊がある、または無断で外出してしまい迷う					<input type="checkbox"/> 作り話がある、または話がまとまらない							
<input type="checkbox"/> その他()												
生活環境	ベッド・マット	畳対応	介護用ベッド()			マット()						
	その他	4点柵	つなぎ服	ミトン	抑制帯	コールマット	()					
<input type="checkbox"/> その他()												
記入日 (平成 年 月 日)			記入者() 続柄・職種									
現在の状況 在宅 入院中 施設入所中 その他()												

介護支援専門員意見書 (1/2)

記入日:平成 年 月 日

利用希望者氏名

1、本人の状況

●障害老人の日常生活自立度

C2 ・ C1 ・ B2 ・ B1 ・ A2 ・ A1 ・ J2 ・ J1 ・ 正常

●認知症高齢者の日常生活自立度

M ・ IV ・ III b ・ III a ・ II b ・ II a ・ I ・ 正常

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)

80%以上	60%以上 80%未満	40%以上 60%未満	20%以上 40%未満	入所施設 利用中の 場合	20%未満	入院中・ 利用したこ とがない
利用中の 介護サービス	通所介護 訪問看護 小規模多機能型居宅介護	通所リハビリ 訪問入浴	訪問介護 福祉用具貸与 その他()	訪問リハビリ 居宅療養管理指導	短期入所生活介護	

※判断基準

- ・サービス利用表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)
- ・算定の期間としては、概ね3ヶ月を標準とし、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上記サービス一覧のとおりとする。

3、主たる介護者の状況

主たる介護者の年齢・続柄

歳 (明大昭 年 月 日生) 続柄

●介護者の障がい・疾病

なし ・ あり 介護は困難 ・ 多少は可能 ・ 介護は可能

※介護者の障がい疾病での判断基準

- 「介護は困難」・・・介護者が障がいや疾病のため用介護者の排泄・入浴・移動・着替え・食事などADL全般の援助が困難な場合。
- 「多少は可能」・・・介護者が障がいや疾病のためおおむね2つ程度のADL援助ならばできる場合。
- 「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・介護が可能の場合。

●介護者の就労

なし ・ あり	勤務形態:	勤務時間
		日/週 時間/日

●介護者の育児・家族が病気

なし ・ あり	状 況:	時間/日
---------	------	------

●他の同居介護補助者

なし ・ あり	続 柄:	日/週程度
---------	------	-------

●別居血縁者の介護協力

なし ・ あり	続 柄:	日/週程度
---------	------	-------

4、その他の状況(該当する場合は口欄にチェックをし、具体的に理由を記入してください)

介護保険の居宅サービス給付の区分限度額を超えており、経済的に負担が大きい。

 (具体的に: _____)

居住環境の事情により十分な介護が困難である。

 (具体的に: _____)

その他(評価基準の特記事項に関すること)

 (具体的に: _____)

介護支援専門員意見書 (2/2)

5、特例入所に関する事項(要介護1・2の方が申込む場合に記入)

- 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。
- 知的障がいや精神行動障がい等を伴い、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が頻繁に見られる。
- 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・安心の確保が困難な状態である。
- 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からの支援が期待できず、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。

上記特例入所の要件に該当すると判断した理由

作成者所属			
担当者名		電話番号	