

年 月 日

入 所 申 込 書

特別養護老人ホームせせらぎ荘
施設長 布施 俊 蔵 殿

■申 込 者（利用者様）

住 所
氏 名 印
生 年 月 日 大・昭・平 年 月 日
性 別 男性 ・ 女性
電 話 番 号

■介 護 者（ご家族様）

住 所
氏 名 印
電 話 番 号
利用者様との関係

私は、指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホームせせらぎ荘」に入所致したく、下記の書類を添付のうえ、ここに入所の申し込みを致します。

記

1. 入所申込者評価基準に係る意見書
2. 直近3ヶ月分のサービス利用表別表の写し
3. 介護保険被保険者証（写）

入所申込者評価基準に係る意見書 ケアマネジャー記入欄

入所申込者(本人)氏名	性別	男・女	年齢
被保険者番号	保険者番号		

事業所名	担当ケアマネジャー氏名	連絡先電話番号
------	-------------	---------

評価基準			
要介護度	日常生活自立度(※1)	精神疾患等の有無(※1)	在宅サービスの利用率(※2)
1・2・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入院中
点数		点	点

在宅サービスの利用内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	点数	点
-------------	--	----	---

介護者の状況(※2)	点数	点
<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院するなどの状況により事実上介護が不能 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()		

【介護者の具体的状況(本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況など)】

<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護の入居者	点数	点
--	----	---

特記事項 【身体動作】 <input type="checkbox"/> 寝返りできない <input type="checkbox"/> 起き上がりできない <input type="checkbox"/> 座位保持できない <input type="checkbox"/> 歩行できない <input type="checkbox"/> 立ち上がりできない <input type="checkbox"/> 移乗困難(一部介助又は全部介助) <input type="checkbox"/> その他() 【生活動作】 <input type="checkbox"/> 洗身困難(一部介助、全介助又は行っていない) <input type="checkbox"/> 食事困難(一部介助又は全介助) <input type="checkbox"/> 飲水困難(同上) <input type="checkbox"/> 排尿・排便困難(同上) <input type="checkbox"/> 清潔(口腔清潔・洗顔・整髪・つめ切り)困難(同上) <input type="checkbox"/> 衣服着脱困難(同上) <input type="checkbox"/> その他() 【機能障害】 <input type="checkbox"/> 麻痺等がある <input type="checkbox"/> 拘縮、関節痛、関節の可動域制限がある <input type="checkbox"/> 視力(目の前に置いた視力確認表の図が見える又はほとんど見えない) <input type="checkbox"/> 聴力(ほとんど聞こえない) <input type="checkbox"/> その他()	参考事項 【意思疎通】 <input type="checkbox"/> なれた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 伝達能力に問題あり <input type="checkbox"/> 家族などなれた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> その他() 【入所についての本人の意思】 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる <input type="checkbox"/> その他() 【医療行為】 <input type="checkbox"/> 現在行っている医療行為
---	---

特例入所要件(※3) <input type="checkbox"/> 1 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・行動がある(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少しある(月に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 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・行動がある(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等) <input type="checkbox"/> ほぼ毎日ある <input type="checkbox"/> 時々ある(週に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 少しある(月に1~2回程度) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4 単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱であること等により、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

注) (※1)については、認知症対応型共同生活介護を利用できない場合に限り加算し、
 (※2)については、認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を利用できない場合に限り加算する。
 (※3)については、要介護1又は2の場合に記載する。