

報徳園入所申込書

令和 年 月 日

〒

申込者 住所
氏名
続柄
電話番号
携帯電話

入所をしたいので申し込みます。

氏名	フリガナ		男 女	明治 大正 年 月 日生 昭和 (歳)
	住所			
介護保険者番号		介護保険被保険者番号		
現在の状況	介護度	要支援1、2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	居住場所	自宅 / 病院 ・ 施設 ・ その他 (自宅以外の場合、)		
ケアプラン作成依頼先		事業所名 住所		
同居の家族	氏名	年齢	続柄	職業
近親者	氏名	年齢	続柄	住所
備考				

※ 申込みを取消し又は変更される場合は、必ずご連絡下さい。

特別養護老人ホーム 報徳園
三重県津市河辺町1317-1

TEL (059) 228-1951

受付担当者

園長	課長	事務担当	入力担当

特別養護老人ホーム報徳園入所希望者調査票

申込者	ふりがな		申込受付日														
	氏名		被保険者番号														
	生年月日		性別	男 ・ 女													
住民登録地																	
家族等の連絡先		住所															
		氏名	電話 ()														
本人及び介護者の状況			該当に ○をつける	点数													
				1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月		
要介護度	要介護5	40点															
	要介護4	40点															
	要介護3	20点															
	要介護2	10点															
	要介護1	5点															
	認知症、知的障害・精神障害等による 不適応行動あり(介護1~3のみ加算)	10点															
介護の必要性	①身体的理由又は認知症、知的障害・精神障害等による 不適応行動 のため在宅生活の継続が困難であり、介護 保険の居宅サービスの利用が、利用上限単位数の平均の																
	6割以上	30点															
	4割以上6割未満	20点															
	4割未満	10点															
	②在宅生活が困難なため当該特養 以外の施設に入所(入院)		20点														
家族等 介護者 の状況	①単身		30点														
	②高齢者世帯、介護者が虚弱		20点														
	③介護者が就業、複数の人を 介護している等		10点														
合 計																	
入所希望時期		<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 将来のため		備考													
特例入所対象者 (要介護1、2の場合)		<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い <input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況				保険者市町 意 見						<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当					
他の特別養護老人ホームへの 申し込み状況		1. 申し込んでいる 2. 申し込んでいない (申し込んでいる場合の施設名)															
緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)																	
総合評価																	
調査票 記入者	私は、次の事項について施設より説明を受けました。																
	<ul style="list-style-type: none"> ・入所申込みから入所契約まで必要な手続き及び注意事項について ・入所順位決定方法について ・入所の順位見直しについて 																
		年 月 日				本人との続柄 ()											
		氏名 _____															

入所申込者現況確認票

令和 年 月 日現在

明治・大正・昭和

入所希望者氏名 _____

生年月日 (年 月 日生 歳)

介護者氏名 _____

年齢 歳 希望者との関係 _____

1、現在の介護度 (介護度 5・4・3・2・1・要支援1・要支援2・自立)

※身体状況 (当てはまるものに○をつけた下さい)

- ① 歩行 (自立・不可) ② 食事 (自立・介助)
③ 排泄 (自立・オムツ)
④ 医療面 (胃ろう・鼻注・吸痰・カテーテル・床ずれ・インスリン)

※認知症による不適切行動 (当てはまるものすべてに○をつけた下さい)

- 自傷行為 夜間せん妄 興奮 大声 奇声 徘徊 攻撃的行為
不潔行為 摂食障害 弄火の問題行動 暴言 暴行 昼夜逆転 介護への抵抗
その他 ()

認知症の程度 (軽度 中度 重度)

2、入所希望者の現在の居所 (番号に○を、②～⑦は名前とそこへ行かれるまでの経緯を簡単に)

- ① 自宅 ② 老健施設 ③ 病院 ④ グループホーム・ケアハウス・有料老人ホーム
⑤ 養護老人ホーム ⑥ 特別養護老人ホーム ⑦ その他の施設

病院、施設名 () ※ 年 月より入ってる
— 経緯 —

3、入所希望者や家族等の状況 (病院や老健に見える方は、そこへ行かれる以前の状況です)

- ① 単身
② 高齢者世帯、高齢者のみ世帯 (家族関係と年齢)
③ 介護者が虚弱 (具体的に)
④ 介護者が就業中、複数の人を介護している等
⑤ その他 ()

4、介護保険サービスの利用状況 (現在、病院・老健等への入所の人は除く)

- ① 何のサービスも利用していない
② ★利用している (2、の現在の居所で、自宅・借家等に○を付けて、今サービスを利用している方は先月の利用実績を必ずご記入ください)

・ショートステイ (月 日間)	・デイサービス (月 日間)
・訪問介護 (1日 回、月 日間)	・訪問看護 (月 回)
・通所リハビリ (月 日間)	・訪問リハビリ (月 回)
・その他 ()	

★直近約3ヶ月間の平均負担額

(お支払いの金額で食費・居住費を抜く) _____ 円

5、現在のケアマネージャー

事業所名 () 担当者名 ()

6、その他 (お困りごと等、具体的にご記入ください)