

# 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<br>女     | 大正 昭和 年 月 日生<br>( 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<br>(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。

報徳園 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<br>○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<br><input type="checkbox"/> 年 月頃<br><input type="checkbox"/> 将来のため   |     | 備考            |              |     |  |     |     |     |  |
| 特例入所対象者<br>(要介護1、2の場合)      |  | <input type="checkbox"/> 認知症<br><input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害<br><input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 虐待の疑い<br><input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況 |     |               | 保険者市町<br>意 見 |     | <input type="checkbox"/> 該 当<br><input type="checkbox"/> 非 該 当 |     |     |     |  |
| 他の特別養護老人ホームへの申込状況           |  | 1. 申し込んでいる    2. 申し込んでいない<br>(申し込んでいる場合の施設名)   |     |               |              |     |  |     |     |     |  |
| 緊急に入所を要する理由<br>(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"> <li>・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</li> <li>・入所順位決定方法について</li> <li>・入所の順位見直しについて</li> </ul> |  |     |               |              |     |  |     |     |     |  |
|                             |  | 年 月 日  |     | 本人との続柄<br>( ) |              |     |  |     |     |     |  |
|                             |  | 氏名   |     | _____         |              |     |  |     |     |     |  |

# 入所申込者現況確認票

令和 年 月 日現在

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 病院    ③ 療養型・介護医療院    ④ 老健施設    ⑤ サービス付き高齢者住宅  
⑥ グループホーム・ケアハウス・有料老人ホーム・養護老人ホーム    ⑧ 特別養護老人ホーム    ⑨ その他の施設

|  |
|--|
| 病院、施設名 ( _____ ) ※ _____ 年 _____ 月より入ってる<br>— 経緯 — |
|--|

## 3、入所希望者や家族等の状況 (病院や施設にみえる方は、そこに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、自宅に○を付けて、  
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)