

## 入所申込に関する留意事項

### < 1 > 申込書の記入について

#### ①様式1 「特別養護老人ホーム入所申込書」の記入について

入所申込書の記載については、入所決定後に保証人になられる方がご記入下さい。

もし、保証人となられる方が身体上の都合等により、ご記入できない場合は最寄りの介護支援専門員がご記入してもかまいません。

#### ②様式2 「入所申込調査票」の記入について

調査票の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

#### ③様式3 「介護支援専門員意見書」の記入について

意見書の記載については、主たる介護支援専門員のご記入となります。

### < 2 > 入所申込について

①入所申込書 様式1 様式2 様式3 をセットにして、当施設まで提出して下さい。  
提出は保証人、代理の方（主たる介護支援専門員も可）、または、郵送でもかまいません。

### < 3 > 入所の対象となる方

①入所の対象者は、要介護3から要介護5までの認定を受けた方のうち、常時介護を必要とし、かつ、家族等の介護負担状況から真に居宅に於いて介護を受けることが困難な方となります。

②居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事由があるなどの特例的な理由が認められた場合は、要介護1又は要介護2の方も入所することができます。

### < 4 > 申込者及びご家族、介護支援専門員への連絡事項

①要介護認定の有効期間及び要介護度・状態等が変わった場合はその都度、当施設までご連絡下さい。（入所の順番に大きく関係してきます。）

②他施設への入所が決まり、当施設への入所申込を取り消す場合は必ずご連絡下さい。

③当施設では随時施設見学を受け入れております。

見学を希望される方は事前に連絡の上、お越し下さい。

その他、ご不明な点などございましたら、ご連絡下さい。

TEL 018-882-3516

特別養護老人ホーム 河辺荘 相談員・熊谷、佐藤まで

様式1

特別養護老人ホーム入所申込書 (記入例)

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 河 辺 荘  
施設長 伊 藤 守 様

身元引受人になる方を記入して下さい。

入所する方を記入して下さい。

申込者氏名 河 辺 一 郎 続柄 ( 長 男 )

住所 秋 田 市 河 辺 大 張 野 字 水 口 沢 2 1 6

電話番号 0 1 8 - 8 8 2 - 3 5 1 6

携帯番号 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8

貴施設に入所したいので、次の通り申し込いたします。

|                       |                         |  |     |     |       |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------------|--|-----|-----|-------|---------|---|---|---|---|-------------------------|----------------|---------|--|--|--|--|
| 入<br>所<br>対<br>象<br>者 | 被保険者番号                  | 0  | 0   | 0   | 0     | 0       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4                       | ※介護保険証でご確認ください |         |  |  |  |  |
|                       | フリガナ氏名                  | カワベ タロウ (必ずフリガナもご記入ください)                                 |     |     |       |         |   |   |   |   |                         | 河 辺 太 郎        |         |  |  |  |  |
|                       | 生年月日                    | 1・明治 2・ <b>大正</b> 3・昭和                                   |     |     |       |         |   |   |   |   |                         | 性別             | ①・男 2・女 |  |  |  |  |
|                       |                         | 1  | 5   | 年   |       | 5       | 月 |   | 5 | 日 |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       | 要介護状態区分                 | ※介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ <b>④</b> ・ 5<br>( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 ) |     |     |       |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       | 認定有効期間                  | 平成・令和 3 1 年 4 月 1 日 から                                   |     |     |       |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       |                         | 令和 4 年 3 月 3 1 日 まで                                      |     |     |       |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
| 住所                    | 秋田市河辺大張野字水口沢216         |  |     |     |       |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
| 電話                    | 0 1 8 - 8 8 2 - 3 5 1 6 |  |     |     |       | FAX 番号  |   |   |   |   | 0 1 8 - 8 8 2 - 4 5 4 4 |                |         |  |  |  |  |
| 家族等の状況                | 氏名                      | 続柄   | 年齢  | 職業  | 同居・別居 | 別居先の電話等 |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       | 河 辺 花 子                 | 妻  | 7 4 | 無   | (同)・別 |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       | 河 辺 一 郎                 | 長男   | 4 3 | 会社員 | (同)・別 |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |
|                       | 河 辺 秋 子                 | 長男の妻   | 4 3 | パート | (同)・別 |         |   |   |   |   |                         |                |         |  |  |  |  |

※特例入所申込理由 (要介護1・2の場合は、該当する番号に○印をつけてください。)

- 1 認知症であって、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。
- 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・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 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。
- 4 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。

私は、上記入所申込者の情報について、当施設が市町村介護保険事業計画策定とのため情報提供を求められた場合には、その使用について同意いたします。

入所する方の名前を記入して下さい

対象者氏名 河 辺 太 郎 印

身元引受人になる方の名前を記入して下さい

申込者氏名 河 辺 一 郎 印

(施設記入欄)【受付 NO. 】

|       |          |       |   |
|-------|----------|-------|---|
| 受付年月日 | 令和 年 月 日 | 受付者氏名 | 印 |
| 特記事項  |          |       |   |



## 入所申込調査表

調査年月日 年 月 日

|                     |   |  |       |
|---------------------|---|--|-------|
| 入所対象者名              |   |  |       |
| 調査年月日               | 令和 年 月 日  | 調査者氏名  |       |
| 現 状                 | <input type="checkbox"/> 自宅・ <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 特養・ <input type="checkbox"/> 老健・ <input type="checkbox"/> 療養型・ <input type="checkbox"/> 他施設・ <input type="checkbox"/> 他 ( )  |  |       |
| 介護保険<br>サービス<br>確認欄 | 利用している介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 訪問介護・ <input type="checkbox"/> 訪問入浴・ <input type="checkbox"/> 通所介護・ <input type="checkbox"/> 短期入所・ <input type="checkbox"/> 通所リハ<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |       |
|                     | 調査時点での当月在宅サービス利用単位合計 ( ) 単位)<br>他施設の申込状況 (施設名 ( ) )   |  |       |
| 健康保険                | 種別  |  | 年金等種別 |
| 障害者手帳               | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 種 級<br>(障害名 ( ) )   |  |       |
| 食 事                 | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 経管栄養 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下  |  |       |
|                     | 内 容   | 主食 <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> お 粥 ・ <input type="checkbox"/> ミキサー<br>副食 <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 刻 み ・ <input type="checkbox"/> ミキサー ( )<br><input type="checkbox"/> 箸 ・ <input type="checkbox"/> スプーン ・ <input type="checkbox"/> フォーク |       |
| 入 浴                 | <input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 一般浴・ <input type="checkbox"/> 中間浴・ <input type="checkbox"/> 特 浴)   |  |       |
| 着脱衣                 | <input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助   |  |       |
| 排 泄                 | <input type="checkbox"/> 自 立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助・ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル<br>排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器・ <input type="checkbox"/> 尿器・ <input type="checkbox"/> ポータブル・ <input type="checkbox"/> おむつ・ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・ <input type="checkbox"/> パット)<br>下剤の服用 ( 有・無 ) / 便 日 回 / 失禁 ( 有・無 ) |  |       |
| 移 動                 | <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助<br>歩行状態 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> 立位不可)<br>移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器・ <input type="checkbox"/> 老人車・ <input type="checkbox"/> 車椅子)<br>(状況 ( ) )  |  |       |
| 視 力                 | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 弱視・ <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡使用 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )<br>(状況 ( ) )  |  |       |
| 聴 力                 | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 大声できこえる・ <input type="checkbox"/> 難聴 / 補聴器使用 ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )<br>(状況 ( ) )  |  |       |
| 言語・会話               | <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 不明瞭・ <input type="checkbox"/> 失語・ <input type="checkbox"/> 会話不能   |  |       |
| 認知症等                | 無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/> (重度・中度・軽度)<br>問題行動 ( <input type="checkbox"/> 失見当識・ <input type="checkbox"/> 記憶障害・その他 ( ) )<br>(状況 ( ) )  |  |       |
| 薬の服用                | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (薬名等 ( ) )  |  |       |
| 既往歴<br>特記等          | 昭・平・令 年 月 (頃)   |  |       |
|                     | 昭・平・令 年 月 (頃)   |  |       |
|                     | 昭・平・令 年 月 (頃)   |  |       |
|                     | 昭・平・令 年 月 (頃)   |  |       |

【特記事項】

様式3

介護支援専門員意見書

入所対象者名

1. 本人の状況

|             |       |      |      |        |
|-------------|-------|------|------|--------|
| 要介護度        | 介護度5  | 介護度4 | 介護度3 | 介護度2～1 |
| 認知症による不適応行動 | 非常に多い | やや多い | 少しあり | なし     |

2. 在宅サービス利用度

|                |       |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| 居宅サービス利用限度額の割合 | 60%以上 | 50%以上 | 30%以上 | 30%未満 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|

3. 主たる介護者・家族等の状況

|                |   |
|----------------|---|
| ① 世帯状況         | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他                                     |
| ② 介護者の性別・年齢・続柄 | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 歳（本人からみた続柄）  |
| ③ 介護者の介護負担     | <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし         |
| ④ 介護者の病気や障害    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）   |
| ⑤ 介護者の就労       | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（職種等 日/週・ 時間/日）   |
| ⑥ 他の要介護者       | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（要支援・要介護 1・2・3・4・5）   |
| ⑦ 介護者が育児・家族が病気 | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（ ）   |
| ⑧ 介護者の介護の関わり方  | <input type="checkbox"/> 介護拒否・ <input type="checkbox"/> 非常に消極的・ <input type="checkbox"/> やや消極的・ <input type="checkbox"/> 普通 |
| ⑨ 他の同居介護補助者    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄） 日/週程度  |
| ⑩ 別居血縁者介護協力    | <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有（続柄） 日/週程度  |
| ⑪ 近隣者等の介護協力    | <input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり                                 |

4. 特記事項及び意見

意見書作成日 令和 年 月 日 意見書作成者 印  
 支援事業者名 住所  
 電話 — —

## 入所申込者評価基準における評価上の留意事項

様式3(介護支援専門員意見書)における本人の状況評価を行う場合の留意事項について以下のとおり定める

### 1, 「認知症による不適応行動」

昼夜逆転、徘徊、暴言、暴行、放尿などの認定調査における問題行動に関する項目が3つ以上ある場合

「非常に多い」・・・毎日ある場合

「やや多い」・・・週に1～2回以上ある場合

「少しあり」・・・月に1～2回程度ある場合

**\* 不適応行動の内容は特記事項に記載して下さい。**

### 2, 「⑤介護者の病気や障害」

「介護困難」・・・介護者が病気や障害の為、排泄、入浴、移動、更衣、食事等 ADL 全般の援助が困難な場合

「多少介護」・・・介護者が病気や障害の為、2つ程度の ADL 援助ならばできる場合

「介護可能」・・・病気や障害はあるが介護可能な状態である場合

### 3, 「⑨他の同居介護補助者

「随時あり」は週1～3日程度

「常時あり」は週4日程度以上ある場合を目安とする

※1日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする

### 4, 「⑩別居血縁者介護協力

「随時あり」は週1～3日程度

「常時あり」は週4日程度以上ある場合を目安とする

### 5, 「⑪近隣者等の介護協力

「随時あり」は週1～3日程度

「常時あり」は週4日程度以上ある場合を目安とする

### 6, 介護支援専門員が関わっていない(居宅サービスを利用していない)

場合は他の適当な者の意見に代えることができる。