

受付番号				申込年月日	平成	年	月	日
入居希望者 (本人)	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女			
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 ・ <input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生			
	住所	〒		電話番号				
申込者 ※今後、お電話や郵便物の宛先とさせていただきます。	ふりがな			本人との続柄				
	氏名	□主介護者		本人との生活	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居			
	住所	〒		電話番号				
その他 連絡先	ふりがな			本人との続柄				
	氏名	□主介護者		本人との生活	<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居			
	住所	〒		電話番号				

本人の現在の住居、及びサービス利用状況	□在宅 (※)	居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー		
				電話番号		
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (□週4回以上 ・ □週2~3回 ・ □週1回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (□週2回以上 ・ □週1回) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護/夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (□週2回以上 ・ □週1回) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護/地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (過去3か月の合計利用日数 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護/看護小規模多機能型居宅介護				
		□施設	施設名称		担当者名	
					電話番号	
		施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> その他 ()			
□入院 (※)			医療機関名称		担当者名	
	病名		電話番号		入院日	平成 年 月 から

※在宅サービス利用中の入院の場合は、必ず「居宅介護支援事業所・ケアマネジャー」をご記入ください。

介護保険情報	被保険者番号				認定年月日	平成 年 月 日
	要介護度	<u>要介護 ()</u> ⇒要介護1・2の場合は、別紙「特例入居申込書」もご記入ください。			認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階				
	負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担		給付制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

介護者の状況	入居申込理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく、介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいない。(<input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所 <input type="checkbox"/> 介護者が地理的に離れている) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がない。 (介護者が、 <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障がいがある) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が、 <input type="checkbox"/> 要支援状態・高齢 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 他にも介護 <input type="checkbox"/> 育児をしている) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 <input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない(介護ができない状態ではない)。
	介護者の状況	※本人や介護者の状況などで困っている点、入居を希望する理由などをご記入ください。 (1) 介護者は本人と一緒に住んでいますか。 <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している ⇒ (<input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 県外) (2) 介護者以外に介護を依頼できる親戚や近隣の人はいいますか。 <input type="checkbox"/> いる ⇒ () <input type="checkbox"/> いない (3) 在宅生活を続けていく上で、現在の住居に問題がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ (<input type="checkbox"/> 住宅改修等で対応したい <input type="checkbox"/> 現在の住まいでは困難) (4) 本人の介護にあたって、経済的負担感がありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	入居時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい <input type="checkbox"/> 急いではない(将来必要時) <input type="checkbox"/> 申し込みのみ

本人の医療の状況	病歴	病名	発症年月	治療の経過	
			年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
			年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
			年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
			年 月 頃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察	
	服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り等の一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	処方薬剤名				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 経管栄養療法(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()				
主治医	医療機関名称				
	診療科目				
	担当医	主病名			
その他受診病院	医療機関名称				
	診療科目				
	担当医	主病名			

①	麻痺等の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他
	関節可動域制限の有無	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他
②	寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	寝具の状況	<input type="checkbox"/> ベッド(<input type="checkbox"/> エアーマット等褥瘡予防具) <input type="checkbox"/> 布団(<input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング) <input type="checkbox"/> その他
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えればできる <input type="checkbox"/> 支えてもらえばできる <input type="checkbox"/> できない
	立位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	移動	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる(自力歩行可) <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる(※) <input type="checkbox"/> できない(※) (※)⇒ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)
③	自宅での入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない(※) (※)⇒ <input type="checkbox"/> 介護サービス利用して入浴(<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 器械浴槽) <input type="checkbox"/> その他
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない
④	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事形態	【主食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー食 【水分】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ使用 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他
	嚥下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> できない
	口腔清潔	【歯磨き】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【うがい】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【義歯】 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 一部
⑤	衣類着脱	【上衣】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【ズボン、パンツ】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【靴下】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容更衣	【洗顔】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【爪切り】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

⑥	排尿	【尿意】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【場所】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 常時おしめ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 【下着】 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> 紙おしめ <input type="checkbox"/> その他
	排便	【便意】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【場所】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 常時おしめ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 【下着】 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> 紙おしめ <input type="checkbox"/> その他
⑦	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくいが生活に支障はない <input type="checkbox"/> ほとんど見えていない <input type="checkbox"/> 判断不能
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい声なら聴こえる <input type="checkbox"/> 聞き間違いが多い・聴こえていない <input type="checkbox"/> 判断不能
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> うまく話すことができにくい <input type="checkbox"/> 意思疎通が難しい <input type="checkbox"/> できない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
⑧	認知症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗・拒否 <input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなる <input type="checkbox"/> 一人で出たがる・徘徊 <input type="checkbox"/> 無断での収集行為 <input type="checkbox"/> 物や衣類の破壊行為 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 無意味な独語・独り笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手な言動 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない ※介護上での問題となる認知症状がありましたら具体的にご記入ください
	認知症診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> 正常圧水頭症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> アルコール性認知症 <input type="checkbox"/> まだら認知症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 診断は受けていない、または不明

【説明確認および情報収集にかかる同意書】

私は、貴施設の入居申込に際し、下記の説明を受けました。

- 利用申込から契約までの必要な手続きについて
- 入居順位の決定の方法について
- 入居申込書の内容に変更があった場合、施設に連絡することについて

私(入居希望者本人、及びその家族等)に関する情報のうち、貴施設の入居に必要な情報について、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険サービス提供事業所、及び医療機関等から収集すること、さらに、入居制度の適正な運用のため、これら情報を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。

平成 年 月 日

利用者氏名 印

申請者(代理人)氏名 印

(続柄:)

施設記入欄	受付担当者	印	職種			
	受付年月日	平成 年 月 日	台帳記載	平成 年 月 日		
	/	/	/			

特例入居申込書

保険者確認

施設確認

下記のとおり、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ので、特例入居の申し立てを行います。

平成 年 月 日

住所		氏名	
被保険者番号		要介護度	要介護1 ・ 要介護2
入居申込先施設名	特別養護老人ホーム うらたの里		

1. 該当事項の□に✓をし、具体的状況を記入してください。

- 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みられる。
- 知的障がい・精神障がい等を伴い、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などが頻繁にみられる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われることなどにより、心身の安全・安心の確保が困難である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱であるなどにより、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。

【具体的状況】

2. 担当の介護支援専門員等の意見

【記載された方の氏名・職名： _____ (職名： _____)】

※「特例入居申込書」の書き方について

- (1) 要介護認定が、要介護1または要介護2の方が入居申込をされる場合のみご記入ください。
 - (2) 入居申込書を施設へ提出する際に、この「特例入居申込書」も一緒に提出してください。
 - (3) 「1. 該当事項の□に✓をし、具体的状況を記入してください」について
 - 4つの□のうち、該当するものの□に✓をしてください。
 - 【具体的状況】は、特例入居の要件に該当しているかどうかがよくわかるように、詳しくご記入ください。
 - 表面に書ききれない場合は、裏面、または適宜用紙を継ぎ足してご記入ください。
 - (4) 「2. 担当介護支援専門員等の意見」について
 - 担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)、または病院等に長期間入院のためケアマネジャーがおられない場合は医療ソーシャルワーカー等の方に、特例入居の要件に該当するかどうかの意見を記入してもらってください。
 - 表面に書ききれない場合は、裏面、または適宜用紙を継ぎ足してご記入ください。
- ★ 書類に不備がある場合は受け付けできないこともありますのでご注意ください。
- ★ この書類は入居申込書併せて、倉敷市へ意見照会のため提出させていただきます。特例入居に該当するか否かは倉敷市が判断いたしますので、あらかじめご了承ください。