



※□欄は、該当するものに☑を記入してください

入所希望者	
-------	--

◎ 介護者・家族等の状況

※入所申込みに対する家族の同意等は必ず☑をして下さい。

家族構成	氏名	続柄	年齢	入所希望者と	住所	電話	同意の有無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主たる介護者・家族等の状況	フリガナ				生年月日	年齢	本人との関係
	介護者氏名				<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	歳
	介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病や障害 <input type="checkbox"/> 健康 < 疾病や障害ある場合は具体的記入 >					
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 職種等: _____ 日/週 時間/日 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間(パート的就労及び農業等の補助的就労) <input type="checkbox"/> 4時間未満					
	介護者及び家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 同居する他の要介護者を介護している。 <input type="checkbox"/> 同居以外の要介護者を介護している。 <input type="checkbox"/> 就労等により日中家族不在 <input type="checkbox"/> 乳・幼児を育児又は小・中学生の世話をしている <input type="checkbox"/> 他の家族が入院、入所中 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 週3日程度の協力あり ( 氏名 _____ 続柄 _____ ) <input type="checkbox"/> 週4日以上以上の協力あり ( 氏名 _____ 続柄 _____ )					
	介護場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	平成 _____ 年 _____ 月頃から介護している ( 期間:約 _____ 年 )					
入所希望者の状況	居住環境	<input type="checkbox"/> 住む家がない ( <input type="checkbox"/> 家屋の取り壊し <input type="checkbox"/> 借家契約の解除等 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 居住不能 ( <input type="checkbox"/> 家の傾き <input type="checkbox"/> 床板の腐食 <input type="checkbox"/> 雨漏り <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 生活空間が2階で上がれない <input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・居室の広さ等が介護に適さない (手すり設置や段差解消ができない、廊下が狭い、ベッドがおけない等) ( _____ ) ( 上記に関する具体的は環境状況 )					

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

入所希望者	
-------	--

◎ 入所希望者の状況

入 所 希 望 者 の 状 況	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助(経管栄養を含む)	
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる→	<input type="checkbox"/> トロミ剤使用 軟飯 キザミ	
		排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 誘導・一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
			種類	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
				<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 特別浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
		歩行	状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
			器具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 手押し車	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子
		その他	意思疎通	<input type="checkbox"/> 充分に可	<input type="checkbox"/> ある程度可	<input type="checkbox"/> 相づち程度なら可	<input type="checkbox"/> 不可
		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	
		視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい ( <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 )	<input type="checkbox"/> 見えない ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )		
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい ( <input type="checkbox"/> 補聴器使用 )	<input type="checkbox"/> 聞こえない ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )		
	上記の中で特に困っていること等	屋外では車椅子使用、四点杖で5m程度歩行可能であるが後ろに倒れる為、付き添い介助が必要					
	認知症など状況	<input type="checkbox"/> 認知症などによる症状(頻繁に見られるもの)がある <input type="checkbox"/> 認知症などによる症状はない <input type="checkbox"/> 徘徊(室内を含む) <input type="checkbox"/> 大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> 妄想(物を盗られたなど) <input type="checkbox"/> 不潔行為(排泄物をいじるなど) <input type="checkbox"/> 不穏(いらいらしている) <input type="checkbox"/> 幻覚(現実にはないものが見える) <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 異食(食べ物以外を口に) <input type="checkbox"/> 暴言や暴力がある <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> 介護拒否(入浴、着替えなど) <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 抑うつ状態(ふさぎこんでいる) <input type="checkbox"/> その他					
		◆どの位の見守りが必要か	<input type="checkbox"/> 1週間に1回程度	<input type="checkbox"/> 2~3日に1回程度	<input type="checkbox"/> 1日に1回程度		
			<input type="checkbox"/> 半日に1回程度	<input checked="" type="checkbox"/> 1~2時間程度	<input type="checkbox"/> 一時も目が離せない		
	上記の中で特に困っていること等	悲観的で介護者である三女に当たることが多い					
	入所希望者が要介護1・2の場合 特列入所の申立	在宅で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は、次のとおりです。 <input type="checkbox"/> 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見られる。 <input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 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"/> 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。 ※ 具体的状況 ( )					
	受給年金	◆ 年金 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他					
申 込 状 況	他の 申込施設	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	その他		
		<input type="checkbox"/> 徳光苑	<input type="checkbox"/> 菜の花苑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> あいおいの郷		
		<input type="checkbox"/> 湯之里園	<input type="checkbox"/> ヴァンパール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> サンビアよつ葉	<input type="checkbox"/> やすらぎ園	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに☑を記入してください

◎ 入所希望者医療状況

入所希望者	
-------	--

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号	
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	在宅サービス内容(利用している場合は下記に記入)		在宅サービス利用率	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月	年月 利用率 入院・入所の有無
	<input type="checkbox"/> 通所介護 回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハ 回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/月	年 月 % <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 日/月	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		年 月 % <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 日/月	<input type="checkbox"/> その他		3ヶ月平均 %
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	意見等	医療機関名 _____ 医師名 _____ 現在療養中の病気・処置 _____ ( 特例入所の要件(※ 要介護1・2の場合のみ)に該当するかや、入所の必要性、緊急性などの意見を記入して下さい。 )		
施設記入欄	希望施設	<input type="checkbox"/> 多床型 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		

※要介護1・2の方「特例入所」の要件

- 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家族等により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。