

特別養護老人ホーム静和園入所申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
氏名						
現住所		電話番号				
保険者		被保険番号				要介護( )
要介護認定期間	令和	年	月	日	～	令和

【本人の状況】

1. 現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院・施設に入っている <u>利用している方は記入してください</u> ◇施設又は病院名： ◇所在地： ◇入所又は入院期間：令和 年 月から入院（入所）している
2. 入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する家族がない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが介護が困難
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年頃までには入所したい
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ◇介護保険に関する病名 ◇病院名 ◇主治医
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
6. 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は申し込む予定 <u>申し込んでいる方は記入してください</u> 1. 2.
7. 種別	<input type="checkbox"/> ユニット型 <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> どちらでもよい

【申込者連絡先】

氏名	印	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所		電話番号				
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している	<input type="checkbox"/> 別居している				
家族からの意見						

受付印	
-----	--

担当ケアマネージャー	
事業者名	電話番号

特別養護老人ホーム静和園入所調査票

フリガナ		被保険者番号	
氏名			
担当ケアマネージャー氏名	事業者名		電話番号

項目	評価基準	点数
要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (2) (4) (6) (8) (10)	
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症老人自立度	自立・I・II・III・IV・M	
認知症	<input type="checkbox"/> 認知症あり (3) <input type="checkbox"/> 認知症なし (0)	
介護の必要性	介護保険の居宅サービスの利用 要介護1～5の区分支給限度額単位数に占める割合	
	<input type="checkbox"/> 8割以上10割	(10)
	<input type="checkbox"/> 6割以上8割未満	(8)
	<input type="checkbox"/> 4割以上6割未満	(6)
	<input type="checkbox"/> 2割以上4割未満 <input type="checkbox"/> 2割未満	(4) (2)
家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がない	(20)
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・就労	(15)
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが介護が困難な状況	(10)
入所・入院中の状況	居宅での生活が困難な為、他の介護保険施設等に入所・入院している場合	(7)
合計		

【同居家族】(ある方のみ記入してください)

	氏名	年齢	続柄	住所	電話
1					
2					
3					

【近親者の状況】

	氏名	年齢	続柄	住所	電話
1					
2					
3					

ケアマネージャーからの意見