

特別養護老人ホーム 成寿園

調査票

記入者	氏名			入所申込者との関係		
	所属名					
	所属住所	〒				
	電話	() -				
記入日	令和	年	月	日		
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名					
	現住所	〒				
	医療状況	現在治療中の病名				
		主治医病院名・病院住所・担当医師名				
	在宅サービス利用率	[] %	※申込日の属する月の前3月について、〔利用単位合計÷支給限度額合計〕(小数以下四捨五入)により算出			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
		眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 全介助		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ		
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)			
	<input type="checkbox"/> 不可		<input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 全介助					
整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
身体状態等	入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度:]					
	認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 精神的障害 有 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載					
手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)					
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:)					

施設記入欄

特別養護老人ホーム 成寿園

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
介 護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)	
	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____)	
	<input type="checkbox"/> その他 内容: _____)	
	その他特記事項(入院・入所日、現在までの経緯等)	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

記入例

提出日

令和2年4月1日

入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャー等が、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。 令和2年4月1日 氏名 介護 太郎 ㊞
-----	---

申請者 (連絡先)	〒0000-XXXX 住所 〇〇市△△町□□二丁目2番2号	氏名	介護 次郎		
		電話	〇〇〇 (△△△) XXXXX		
		携帯	〇〇〇 (△△△) □□□□		
		入所申込者との関係	子		

入所申込者の状況	フリガナ	カイゴ タロウ	性別	保 険 者	〇〇市									
	氏名	介護 太郎 印	男・女	被 保 険 者 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	生年月日	明・大(昭)〇年〇月〇〇日		要介護状態区分	要介護(1・(2)・3・4・5)									
	現住所	〒0000-XXXX 〇〇市△△町□□一丁目1番1号		要 介 護 認 定 有 効 期 間	平成・令和〇〇年〇月〇日から 令和XX年XX月XX日まで									
	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成・令和 年 月頃から												
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()												
	特例入所の理由	〔要介護1又は2の入所申込者のみ記入〕 ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害等、単身世帯・同居家族が高齢等により、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように) 認知症により、食事を勝手に出して食べたり、勝手に外に出て行ってしまったりなど、常時見守りが必要な状態であり、日常生活に支障を来している。												
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい												
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他()												
	特養申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名：特別養護老人ホームXX園)												
主介護者	フリガナ	カイゴ ハナコ	性別	入所申込者との関係										
	氏名	介護 花子	男・女	生 年 月 日	明・大(昭)・平	△	年	△	月	△	△	日		
	同居有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()												
その他の介護者	氏名	介護 次郎	年齢	〇〇	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(<input checked="" type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係	子							
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係								
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係								
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係								
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係								
	氏名		年齢		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係								

入所の必要性	<p>【自由記述】</p> <p>〔※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）〕</p> <p>夫婦のみの世帯であり、入所申込者は認知症により、常時見守りがないと、勝手に冷蔵庫を開けて食材を食べたり、いつの間にか外に出て行ってしまふなど、在宅生活が困難な状況である。</p> <p>また、妻も病弱であり、体の調子がすぐれないことが頻繁にあるため、介護することが難しい。</p>	
	備考	<p>担当ケアマネジャー</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>いる ※事業所名（ 居宅介護支援事業所〇〇 ）名前（ 〇〇 〇〇 ）</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p>

<p>【施設記入欄】</p>

お願い

入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

記入例

(別紙様式2)

調査票

記入者	氏名	〇〇 〇〇	入所申込者との関係	担当ケアマネ	
	所属名	居宅介護支援事業所〇〇			
	所属住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△町××番□号			
	電話	(〇〇〇) △△△ - ××××			
記入日	令和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日				
入所申込者の状況	フリガナ	カイゴ タロウ	施設記入欄		
	氏名	介護 太郎	生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇〇日	
	現住所	〒〇〇〇-×××× 〇〇市△△町□□一丁目1番1号			
	医療状況	現在治療中の病名	〇〇症		
		主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名	〇〇病院 〇〇市△△町□□三丁目3番3号 〇〇 〇〇 医師		
	在宅サービス利用率	75	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (少数以下四捨五入) により算出		
	視力	■普通 □弱視 □全盲	着脱衣	□自立 □見守り ■一部介助 □全介助	
		眼鏡使用: □有 ■無	排泄	■トイレ □Pトイレ □オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)	
	聴力	■普通 □やや難聴 □難聴	移動	■歩行(自力)・杖・歩行器	
		補聴器使用: □有 ■無		□車椅子(自力・介助) □不可	
意思疎通	□可 □ときどき可 ■ほとんど不可 □不可	入浴	□自立 ■一部介助 □全介助		
	食事		□自立 ■見守り □一部介助 □全介助		
整容	洗面: □自立 ■一部介助 □全介助				
	歯磨き: □自立 ■一部介助 □全介助 入れ歯: ■有 □無				
身体状態等	■認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: IIIa] ■認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 □精神的障害 有 □知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 (勝手に食事を出して食べたり、いつの間にか外出してしまう。また、やたらに物を口に入れることもある。) □特になし				
	手帳の有無	身体障害者手帳 ■無 □有(種 級/障害名:)			
療育手帳 ■無 □有(等級:)					
精神障害者保健福祉手帳 ■無 □有(等級:)					

介 護 者 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)
	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)
支 援 専 門 員 等 の 意 見	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容： 認知症により、食事を勝手に出して食べたり、勝手に外に出て行ってしまふなど、常時見守りが必要な状態であり、日常生活に支障を来している。
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 内容：
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容： 主介護者である妻は〇〇病により体の調子がすぐれないことが頻繁にあり、介護することが難しい。
	<input checked="" type="checkbox"/> 住環境 内容： 住居はかなりの築年数が経っており、廊下幅も狭く段差もあり、階段も急であり、転倒の危険がある。
	<input type="checkbox"/> その他 内容：
	その他特記事項(入院・入所日、現在までの経緯等) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の職員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。