



様式2

介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

ふりがな		被保険者番号															
入所申込者 氏名																	
ケアプランに ついて	在宅サービス利用率	%															
		（支給限度額に対する利用割合）															
		利用しているサービス															
	サービス名	利用回数等															
		サービスに対するご本人またはご家族の希望など															
ご本人の状況	1 身体の状況について（麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況）																
	2 認知症等について（介護や見守りを要する認知症の症状）																
	3 認知症等について（特に注意を要するものや、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など）																
その他留意すべきこと	（ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと）																

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他（ ）
事業所名		連絡先電話	

介護老人福祉施設入所申込書 別紙

(要介護1・2の方のみ)

対象者 氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所	調布市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番地 _____ (方書き・部屋番号など)					

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、以下のやむを得ない事由がある場合は、該当するところに☑を入れ、具体的な状況をお書きください。

- 認知症があり、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みられる

- 愛の手帳あり ( 度 )     精神保健手帳 ( 級 )

( )

- 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
- ・誰による
  - ・どんな虐待

( )

- 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

- 単身世帯     高齢者又は病弱な者との同居
- ・同居者の年齢、病状等
  - ・サービス利用状況

( )

- 上記項目に該当なし

記入年月日	年	月	記入者氏名	続柄	
	日				

# ときわぎ国領入所申込者状況票

氏名 \_\_\_\_\_

該当するものにレ印を	<input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある						
	<input type="checkbox"/> 食べ物以外のものを口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 不快な性的行動がある						
	<input type="checkbox"/> 感情不安定である <input type="checkbox"/> 放尿がある <input type="checkbox"/> 放便がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある						
	<input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である						
	<input type="checkbox"/> その他介護する上で問題となる行動がある (具体的に)						
本人の日常生活状況 (○印で記入)	状況	自分で可	一部介助	全介助	状況	無	有
	歩行				オムツ		
	トイレ				聴力障害		
	食事				視力障害		
	入浴				言語障害		
	衣服着脱				認知症		
病歴 (既往症)							
現在飲んでいる薬							
特別な医療の状況 (該当するものにレ印を)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン						
	<input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門)						
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他(        )						
入所希望の時期について	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい <input type="checkbox"/> その他(        )						
入所を希望している人は誰ですか	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他(        ) (該当するものすべてを選んでください)						
入居希望者の収入の状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 年金基金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 恩給 その他の収入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(                      ) 年間の収入額(                      万円) ※本人の収入に応じて、施設利用料金が変わる為						
他特養への申し込み状況	<input type="checkbox"/> している(        箇所) <input type="checkbox"/> していない						
主治医はどなたですか	主治医氏名			医療機関名			
	医療機関所在地			電話			
その他の特別な状況							