特別養護老人ホーム施設長

様
入所申込者


〔必要添付書類〕
（1）介護支援専門員等意見書（様式2）②認定調査票（基本調査）（写） （3）直近3カ月分のサービス利用票（写）及び別表（写）
申込代理者（申込者が本人でない場合は，下の欄も記入してください。）

| 氏名 |  | 入所申込者との続柄 |  |  |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :--- |
| 住所 | 〒 | - |  |  |

上記入所申込者について，この入所申込書により入所を希望いたします。
なお，入所のための待機中に，貴施設以外の施設に入所が決定した場合，また要介護度や連絡先，介護の状況等について変更 がありました場合は，速やかに貴施設に連絡いたします。


## 介護支援専門員等意見書

## 入所申込者（本人）氏名：

## 記載者

氏名：

## 所属：

## 職種：

電話： $\qquad$

## ※ この意見書は，入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設•病院職員等の専門職（相

談員•看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を，把握されてい る範囲でご記入ください。（1）認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）
（1）発生頻度
$\square$ 非常に多い
$\square$ 時々ある
$\square$ 少しある・稀にある
$\square な し$
（2）症状（該当する項目全てにチェック）
$\square$ 幻視•幻聴昼夜逆転
$\square$ 暴言暴行
$\square$ 大声を出す
$\square$ 介護に抵抗
$\square$ 常時の徘䧃火の不始末
$\square$ 不潔行為異食行動
—自傷行為
$\square$ 性的問題行動 $\square そ の$ 他（
（2）主たる介護者•家族等の状況
$\square$ 身寄りがいない，もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
ロ介護者はいるが，地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり，十分な介護 が困難。

ロ介護者はいるが，他に介護や育児が必要な者がいる。
ロ介護者はいるが，十分な介護が困難。（高齢•障害•疾病•就労・その他：
－介護者が近隣にいる。
■同居の介護者がいる。（ 人）
$\square そ の$ 他
（3）主たる介護者の負担感
ロ介護疲れがひどい
$\square$ 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある在宅サービスの利用にて順調
$\square$ 在宅サービスの利用ないが順調
－殆ど関わっていない
（4）在宅生活に支障がある状況
$\square$ 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難。
ロ十分なケア（ナイトケア等）が受けられない。
$\square$ 施設や病院から退所（院）を求められている。
ロ介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担している等経済的理由。そその他
（5）医療的処置の状況
■経鼻経管栄養
－胃ろう又は腸ろう
$\square$ 在宅酸素
ロインシュリン
$\square$ 人工肛門 ロカテーテルその他
（6）障害者手帳の所持
（1）知的障害
○療育手帳の所持あり
○障害区分B 1
（2）精神障害
○精神障害者保健福祉手帳の所持ありなし

○障害区分
1 級2 級3 級
（7）特例入所の該当理由（要介櫵 1 又は 2 と認定された入所申込者についてのみ記入）認知症である者であって，認知症高齢者の日常生活自立度がII b 以上であり，日常生活に支障を来すような症状•行動や意思の疎通の困難さが頻繁に見られること。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•行動や意思の疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
$\square$ 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こと。
（8）特記事項（在宅または入院•入所先で生活継続が困難である理由等）


【申し込み状況変更届】（ご様子の変化はその都度のご連絡をお願い致します）

| 1．入所申迄者 | フリガナ |  |  |  |  | 歳 |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: |
|  | ご芳名 | －ご連絡先 |  |  |  |  |
| 2．申込代理者 | ご芳名 |  |  |  | ご連絡先 |  |
| 3．居宅介護支嗳事業所名 |  |  |  |  | 担当者 <br> ご芳名 | 様 |
| 4．現在のお住まい <br> 自自宅は○印記載 | 自宅 |  | 老健 | 病院 | 有料／サ高住 | その他 |
|  | 独居 | 同居 |  |  |  |  |


| 5．介護認定期間 | $\begin{array}{\|cccccc} \hline R & \text { 年 } & \text { 月 } & \text { 日~ } R & \text { 年 } & \text { 月 } \\ ( & & \text { 年 } & \text { 日月) } & & \\ \hline \end{array}$ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: |
| 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 障害高齡者の日常生活自立度（寝たきり度） | 自立 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 | I | IIa | $\begin{aligned} & \text { II } \\ & \mathrm{b} \end{aligned}$ | III | $\begin{gathered} \text { III } \\ \text { b } \end{gathered}$ | IV | M |  |


| 6．介護サービス利用状沉（サービス利用票及び別表加ら） |  |  |  |
| :--- | :--- | :--- | :--- |
| 令和 年 月度 | $(\quad)$ 月度 | () 月度 | () 月度 |
| 支給上限点数 |  |  |  |
| 利用単位数 |  |  |  |

7．申込を取り消しされる方いのご質問

| 理由 | （1）他の特差•施設にご入所決定済 | （2）ご逝去 | （3）その他 |
| :--- | :--- | :--- | :--- |
|  | ※ご入所の施設名をお知ら下さい。 |  | ※ご記入下さい。 |
|  |  |  |  |

＊ご不明な点については担当ケアマネージャー様へ確認頂き御記入下さい。

