

標茶町立特別養護老人ホームやすらぎ園 入所申出書

標茶町長 宛

下記のとおり、やすらぎ園への入所を申し出します。

入所希望者		申出年月日	年 月 日
フリガナ		保 険 者	
氏 名		被 保 険 者 番 号	
生 年 月 日		要 介 護 度	3・4・5, (特例)1・2
性 別	男・女	有 効 認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
現 住 所	〒 (該当する場合) 有料老人ホーム サービス付き高齢者住宅 養護老人ホーム ケアハウス・軽費老人ホーム 認知症高齢者グループホーム		
現 況	自宅一人で暮らしている 自宅で家族と暮らしている 病院や他施設にいる 「病院や他施設にいる」方は記入してください 入院・入所先名称() 入 院・入所時期(年 月 ~) 退院・退所予定日(年 月 頃)		
入所希望時期	今すぐ入所したい 年 月頃までに入居したい 時期未定 ▶ 様式2及び様式3を提出してください。		
入所希望理由			

申出人(身元引受人)

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 携帯電話		

上記入所希望者について、介護保険法に基づき要介護認定を受けており、この入所申出書により入所を希望します。なお、入所の待機中に、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。

申 込 予 定	やすらぎ園のみ ・ 他にも申し込む (箇所を予定)
同 意 書	入所に際し、関係機関による円滑な連携ができるよう、標茶町に対し本申込内容を情報提供すること、また、入所申込者が他施設等にいる場合、標茶町が他施設等から情報を得ることに同意します。 年 月 日 氏名 (自署)

担 当 介 護 支 援 専 門 員 氏 名	
事 業 所 名	
連 絡 先 電 話 番 号	

入所希望者氏名	
---------	--

申出理由	1	(特列入所の場合) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>認知症</td> <td>知的・精神障害</td> <td>虐待等</td> </tr> <tr> <td>家族等による支援困難かつ居宅サービス利用不可</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	認知症	知的・精神障害	虐待等	家族等による支援困難かつ居宅サービス利用不可		
	認知症		知的・精神障害	虐待等				
家族等による支援困難かつ居宅サービス利用不可								
2								
3								

本人の意向	積極的に入所希望している	入所に納得している
	認知症等により確認が困難	本人は入所を望んでいない

身体的精神的状況	要介護度	a	要介護 3・4・5	a ・ b
		b	要介護 1・2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	a	M(日常生活に支障を来し, 専門的な援助が必要)	
		b	正常 (日常生活に軽度の支障があるが, 家族等の援助で自立)	

*「要介護度」が「認知症高齢者の日常生活自立度」のいずれかが a であった場合には右欄の a を選択する。

主たる介護者の状況	単身, 高齢の配偶者のみ, 介護者が病弱又は入院等している場合, 又は複数の高齢者等を介護している場合など著しい問題がある。	a
	在宅サービス等を利用して介護できている場合など著しい問題はない。	b
居住環境	居住環境が通常の生活や介護上著しい問題がある。	a
	居住環境は介護上著しい問題がない。	b

基本評価	A	a が 3 項目ある場合
	B	a が 2 項目ある場合
	C	a が 1 項目以下である場合

特記事項(意見)

「基本評価」にかかわらず, 優先入所を必要とする特別な事由等(特列入所の要件であるものを含む)があると思われる場合には, 以下の視点等を参考にこの欄に記入するか, 別に意見書を添付してください。

1. 入所希望者と介護者との人間関係や, 介護者の介護技術などが介護上支障を来していないか。
2. 在宅での生活の継続のために居宅サービスを十分利用しているかどうか。
3. 施設を利用することによって積極的に心身の状態等の維持・改善, QOLの向上等が図れるかどうか。
4. 入所しても居住環境の条件等が改善されれば在宅復帰の可能性があり, その意思が確認できるかどうか。

記入介護支援専門員氏名 _____ (自署)

* 以下は施設側が記入します。 判定 年 月 日

評価すべき個別的事項(担当介護支援専門員の特記事項から)

施設の総合評価

入所選考に関わる調査票(原則, 担当介護支援専門員が記入)

様式 3

入所希望者氏名		基本評価	
---------	--	------	--

入所希望者本人の状況等(該当するものに☑をし、()には状況を具体的に記入してください。)

介護者の状況	単身 介護者を含む家族全員が65歳以上か18歳未満 介護者はいるが介護が困難な特別な事情がある()
住宅の状況	立ち退きを迫られている 老朽・狭い等介護上住環境が不適切 十分な居宅サービスを受けられない等立地的に問題がある
身体状況及び 主な介護内容 (具体的に記入)	v
認知症における 顕著な行動障害など (具体的に記入)	1 2 3
現在利用中の 居宅サービスの内容 (種類と頻度)	訪問介護(週 回) 訪問入浴(週 回) 訪問看護(週 回) 訪問リハ(週 回) 通所介護(週 回) 通所リハ(週 回) 短期入所生活(月 日) 短期入所療養(月 日) 夜間対応型訪問介護(週 日) 認知症対応型通所介護(週 日) 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 その他()
医療の状況	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ 酸素療法 疼痛の看護 経管栄養 じょくそうの処置 カテーテル <現在治療中の病気や既往歴など>
経済的な事情	なし あり()
在宅生活継続の可能性	極めて困難 これ以上居宅サービスを利用しても支障がある 検討の余地あり() 居宅サービスを利用すれば在宅生活の継続が期待できる その他()
その他	