

入 所 申 込 書

平成 24 年 11 月 28 日

特別養護老人ホーム〇〇 施設長 様

〒 013 - 〇〇〇〇

申込者 住所 秋田県横手市〇〇〇町〇〇

バージョン1

基本的には自筆

氏名	大仙 一郎	続柄	(長男)
電話番号	0182 (●●)		〇〇〇〇
連絡先	090 (●●●●)		〇〇〇〇

特別養護老人ホーム〇〇 に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入 所 対 象 者	保険者番号	0 1 2 3 4 5	被保険者番号	6 7 8 9 1 0 1 1 1 2	
	フリガナ	だいせん たろう or ダイセン タロウ ※必ずフリガナもご記入下さい			
	氏名	大仙 太郎			性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和8年8月10日			年齢 79 歳
	住所	〒 013 - 〇〇〇〇 秋田県横手市〇〇〇町〇〇			生年月日に連動して年齢標記
	電話番号	0182-●●-〇〇〇〇	FAX番号	なし	
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中：申請日 平成 年 月 日			
	認定有効期間	平成24年 7月 1日 ~ 平成26年 6月30日 まで			
	現在の環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()			
	担当居宅介護支援事業所名	・・・居宅支援事業所		担当介護支援専門員名	羽後 太郎
その他の施設申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> すこやか横手 <input type="checkbox"/> すこやか大雄 <input checked="" type="checkbox"/> すこやか森の家 <input type="checkbox"/> いきいきの郷 <input type="checkbox"/> すこやか館合 <input checked="" type="checkbox"/> ピハーフ横手 <input type="checkbox"/> 鶴寿苑 <input type="checkbox"/> 雄水苑 <input checked="" type="checkbox"/> 平寿苑 <input type="checkbox"/> 憩寿園 <input type="checkbox"/> 白寿園 <input checked="" type="checkbox"/> さくら <input type="checkbox"/> あやめ苑 <input type="checkbox"/> 花むつみ <input type="checkbox"/> 老健おおもり <input type="checkbox"/> やすらぎの苑 <input type="checkbox"/> りんこの里福寿園 <input type="checkbox"/> 西風苑 <input type="checkbox"/> GH・・・ <input type="checkbox"/> GH・・・				
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	
	大仙 一郎	長男	63	無	
	大仙 花子	長男妻	59	無	

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定、他施設の入所ガイドラインによる判定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

記載者の自筆
入力不可

入所対象者氏名 大仙 太郎 ⑧

申込者氏名 大仙 一郎 ⑧

(施設記入欄)

特記事項	-----	受付印

平成 24 年 11 月 28 日

特別養護老人ホーム〇〇 施設長 様

〒 013 - 〇〇〇〇

申込者 住所 秋田県横手市〇〇〇町〇〇

バージョン2

基本的には自筆

氏名	大仙 一郎	続柄	(長男)
電話番号	0182	(●●)	〇〇〇〇
連絡先	090	(●●●●)	〇〇〇〇

特別養護老人ホーム〇〇 に入所を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入所対象者	保険者番号	0 1 2 3 4 5	被保険者番号	6 7 8 9 1 0 1 1 1 2	
	フリガナ	だいせん たろう or ダイセン タロウ ※必ずフリガナもご記入下さい			
	氏名	大仙 太郎			性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和8年8月10日			年齢 79 歳
	住所	〒 013 - 〇〇〇〇 秋田県横手市〇〇〇町〇〇			生年月日に連動して年齢標記
	電話番号	0182-●●-〇〇〇〇	FAX 番号	なし	
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護認定申請中：申請日 平成 年 月 日			
	認定有効期間	平成24年 7月 1日 ~ 平成26年 6月30日 まで			
	現在の環境	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 病院名または施設名 ()			
	担当居宅介護支援事業所名	・・・居宅支援事業所		担当介護支援専門員名	羽後 太郎
その他の施設申込状況	・特別養護老人ホームすこやか横手 ・特別養護老人ホームすこやか森の家 ・特別養護老人ホームビハーラ横手 ・特別養護老人ホーム平寿苑 ・特別養護老人ホームさくら ・ ・				
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	
	大仙 一郎	長男	63	無記入で家族が記入。 また、申込施設がわかる場合ケアマネが入力して、家族に渡す場合 等で使用。	
	大仙 花子	長男妻	59		

私は、上記入所申込者情報、及び他調査情報について、市町村介護保険事業計画策定、他施設の入所ガイドラインによる判定のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。

【「介護保険被保険者証」の写しを添付】

記載者の自筆
入力不可

入所対象者氏名 大仙 太郎 ⑩

申込者氏名 大仙 一郎 ⑩

(施設記入欄)

特記事項		受付印	

1 現在の要介護度	要介護5 認知症高齢者自立度 IV 障害高齢者自立度 C2		
2 認知症によるBPSD等	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (医療機関名: 医師名) 認知症による中核症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (特にない)		
3 在宅サービス利用限度額割合 (利用単位数 ●●●● 単位)	<input checked="" type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満		
4 利用している介護保険サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所(特養) <input checked="" type="checkbox"/> 短期療養(老健他) <input type="checkbox"/> 認知症対応型(GH) <input type="checkbox"/> 特定施設生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他 ()		
5 世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()		
6 介護者の性別・年齢・続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 歳 (利用者からみた関係: 長男妻)		
7 介護者の介護負担	<input checked="" type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担無し		
8 介護者の疾病・障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
9 介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 職種(自営業) 時間(8:30~18:00)		
10 他の要介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要支援・要介護		
11 介護者の育児・看病他	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
12 介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input checked="" type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護拒否 ()		
13 他の同居介護補助者	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ()		
14 別居血縁者の介護協力	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄・頻度 ()		
15 近隣者等の介護協力	<input checked="" type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり ()		
16 現病歴について	1. 脳梗塞 (発症年月日 平成 18 年 11 月 日頃) 2. 誤嚥性肺炎 (発症年月日 平成 23 年 1 月 日頃) 3. 胃瘻増設 (発症年月日 平成 23 年 2 月 日頃)		
17 薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (薬の内容等) △△△(朝・夕) ○○○(朝・夕)		
18 特別な医療	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 酸素治療 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう) <input type="checkbox"/> 感染症 病名等: 褥瘡 部位: 仙骨部φ5cm程		
19 ADL等	その他 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン <input checked="" type="checkbox"/> 痰吸引(頻度 経管栄養実施前)		
視力	支障なし (補足事項は入力して下さい)	聴力	支障なし (補足事項は入力して下さい)
言語	困難 (この色の箇所はリストから選択可能です。リストにない事項は直接入力できます。また、白黒印刷ではこの色は表示されません。)	会話	困難 ()
寝返り	全介助 ()	起き上がり	行っていない ()
座位保持	行っていない ()	立ち上がり	行っていない ()
移乗	全介助 ()	食事	全介助 (経管栄養(エンシュア))
立位保持	できない ()	階段昇降	行っていない ()
歩行・移動	全介助 (車椅子(リクライニング))	入浴	全介助 (特浴)
更衣	全介助 ()	意志伝達	できない ()
排尿	全介助 (オムツ使用)	排便	全介助 (オムツ使用)
服薬	見守り ()	金銭管理	自分で出来る ()
20 特記事項及び意見	補足事項や施設入所の必要性等を記入(入力)状態像他等で書ききれず、追加すべき事項については、別紙等で情報提供して下さい、 リストから選択可		

(追加情報提供ある場合は別紙にて添付の事)

情報提供書作成日 平成 24 年 11 月 19 日

情報提供書	所属事業所名: 居宅支援事業所	介護支援専門員	羽後 太郎 印
作成者	電話番号: 0183-00-0000	氏名	

(別紙 追加情報について)

※参考様式

調査対象者氏名

情報提供書に記入しきれなかった事項についての追加情報

身体状況・ADL・疾病・家族の事情・住宅環境 他について

追加情報等の記入について・・・

この範囲内で、介護支援専門員情報提供書に書き入れなかった内容等ありましたら項目別等に
分けて入力して一緒に提出して下さい。