

(別紙1)

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

特別養護老人ホーム小国あいあい 入所申込書

特別養護老人ホーム小国あいあい 施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒
(フリガナ) 氏名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者氏名	(フリガナ)	性別	男・女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	〒		
	電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
	要介護度	<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 type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健康保険	(種別・記号番号)		
年金等	(種別)		
障害者手帳等	手帳の種類	(障害名:)	
	判定 級(度)	年 月 日	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日~)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
		年 月 日~	
		年 月 日~	
既往症	既往症		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~ 年 月 日
			年 月 日~ 年 月 日
		年 月 日~ 年 月 日	
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい ※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム小国あいあいへののみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____ _____		

(別紙2) 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名： _____

1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
認知症等による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳(続柄:)		
③介護者の障害・疾病	なし	あり () 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり (職種等 勤務 日/週、 時間/日)	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ()	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄: 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄: 日/週程度)	

作成者所属	担当者	印
-------	-----	---

【作成上の留意事項】

1 「認知症等による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

〔「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「1人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火元の管理ができない」・「ろう便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」〕

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で
「非常に多い」…毎日ある場合/「やや多い」…週に1～2回以上ある場合
「少しあり」…月に1～2回程度ある場合
を目安として判断する。

2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

3 「②介護者の障害・疾病」

「介護は困難」…………… 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合

「多少は介護」…………… 介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合

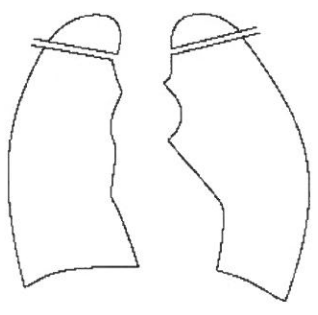
「介護は可能」…………… 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合

を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院(所)している申込者の評価基準算定は、原則として退院(所)後に予想される状況で判断する。

診療情報提供書 A-1

特別養護老人ホーム小国あいあい

ふりがな		明・大・昭		
氏名	男・女	年 月 日生	歳	
身長	cm	体重	Kg	
		血圧	mm/Hg	
既往歴				
現症	障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		胸部所見 	
	認知症	症状 あり なし		診断名
	栄養状態 良 不良 摂取 経口 その他 褥瘡 無 有(部位) 排泄 正常 その他		機能障害	視覚 聴覚 四肢 言語
			所見	
検査	白血球数	CRP	ヘモグロビン	
	尿糖	尿蛋白	尿潜血	
	HBs抗原	HCV	MRSA	
現在処方				
その他	※皮膚疾患 無・有:			

年 月 日

紹介医療機関の
所在地及び名称

医師氏名

印

特別養護老人ホーム小国あいあい 入所申込書 (診療情報提供書) A-2

このページは原則としてMSWの方が記入して下さい。なお、多職種の方による分担記入も可とします。

平成 年 月 日

紹介元 _____

記入者職種 医師 看護師 MSW ケアマネ

連絡先 _____

記入者氏名 _____

患者氏名		性別	男	女	年齢	歳
保険区分	後期高齢 健保 国保 労災 特定疾患(難病) 生保 マルフク その他()					
入院方法	歩行 車椅子 ストレッチャー その他()					

家族構成 家族の年齢・職業・健康状態等も記入してください。 同居者を線で囲んで下さい。	キーパーソン	氏名	続柄()		
		職業			
		連絡先			
	補足具等	車椅子	無	有	
		装具	無	有	
		その他	()		
職業・学校名					
身障手帳	無	申請中	有 (級)		
介護保険	無	申請中	有 (要介護)		

社会的サービスの利用状況	
疾患・障害についての説明	[本人] [家族]
リハビリ上の問題点	
自由記載欄	

特別養護老人ホーム小国あいあい 入所申込書 (診療情報提供書) A-3

このページは原則として看護師の方が記入して下さい。なお、多職種の方による分担記入も可とします。

平成 年 月 日

紹介元 _____

記入者職種 医師 看護師 MSW ケアマネ

連絡先 _____

記入者氏名 _____

患者氏名	性別		男	女	年齢	歳
ADL詳細	該当するものを○で囲み、必要に応じて()内に内容を記入して下さい。					
食事形態	自立	見守り	一部介助	全介助		
	常食	ペースト	きざみ食	軟食	お粥	流動食
	制限()		摂取量()		経管栄養(胃婁・経鼻・経口・経腸)	
	経管栄養の内容・注入方法・摂取量など					
	むせ(無 有)	自助具	(無 有)	義歯等(無 有)	水分とろみ(無 有)	
排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
	尿意 (無 有)		便秘 (無 有)			
	[日中]	トイレ	ポータブル 尿器	オムツ	留置カテーテル	導尿 その他
	[夜間]	トイレ	ポータブル 尿器	オムツ	留置カテーテル	導尿 その他
移動方法	自立歩行	歩行器	4点杖	T字杖	補装具 ()	車椅子 自分ではできない
移乗	自立	要介助	(人介助)	介助方法()		
寝返り	つかまらないで	一人できる	手すりなどに	つかまればできる	看護師が体位交換	自分では動けない
					を行っている	
起き上がり	つかまらないで	一人できる	手すりなどに	つかまればできる	看護師が一部動作	自分では動けない
					を行っている	
座位保持	端座位が	一人できる	手で支えれば	端座位ができる	車椅子などに	座ることができる
					リクライニング車椅子	ストレッチャー等を使用
立位保持	つかまらないで	一人できる	手すりなどに	つかまればできる	膝折れするなど	立位不安定
					自分ではできない	
歩行	つかまらないで	一人できる	手すりなどに	つかまればできる	膝折れするなど	立位不安定
					練習はしているが病棟では	車椅子等自分では動けない
整容	歯磨き・洗面等は	一人できる	歯磨き・洗面等は	声かけでできる	看護師が一部動作	介助を行っている
					自分ではできない	
更衣	パジャマ程度は	一人できる	パジャマ程度は	声かけでできる	看護師が一部動作	介助を行っている
					自分ではできない	
入浴形態	機械浴	一般浴	シャワー浴	清拭のみ	洗体一部介助	
睡眠	良好	昼夜逆転	不眠	内服	無 有 ()	
ナースコール	使用可能	使用不可	その他()			
コミュニケーション	支障なし	筆談	文字盤	トーキングエイド	その他()	
病状理解	理解している		概ね理解している		ほとんど理解できていない	判断不能 家族が代理で聞いている
指示理解	指示動作が可能		単語レベルなら		ほとんど指示が	
			指示動作が可能		通じていない	
認知症・精神遅滞	無・有()			抑制	無 有 ()	
高次脳機能障害	無	失語	失行	注意障害	半側空間無視	その他()
処置	点滴	人工呼吸	気管切開	スピーチカニューレ	胃ろう	その他()
	在宅酸素療法(リットル/分)		吸引(hに 回)			
問題行動	特になし	幻覚・幻聴	被害妄想	昼夜逆転	不穏	徘徊 大声 作話
	暴言・暴行		感情失禁	不潔行為	異食行為	介護抵抗 性的問題行動
	その他()					
安全面の配慮	無	ライン類の抜去防止	離床防止	離棟防止	車椅子からの立ち上がり防止 その他()	
申込書提出先・問い合わせ先						
[住所] 〒949-5335 長岡市小国町太郎丸1520-1						
[電話] 0258-95-5172 [FAX] 0258-95-5173						