

# みちのく協会 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 富士見荘 施設長 様  
 地域密着型介護老人福祉施設 はらからの里 施設長 様

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒		
	ふりがな			本人との続柄
	氏名			
	電話番号	自宅	携帯	

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名					生年月日	年	月	日	
					電話番号				
本人の現住所	〒								
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)					保険者			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 年 月 日申請							
	認定期間	年 月 日 ~			年 月 日				
	認定日	年 月 日			負担割合	1割・2割・3割			
介護者の状況	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		
	氏名				生年月日	年	月	日	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所 )						
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)						<input type="checkbox"/> なし	
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他( )					
		<input type="checkbox"/> 働いていない( <input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他( )							
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: )						<input type="checkbox"/> なし		
ご家族の状況	氏名	続柄	住所	特記事項					
家族構成	(ジェノグラムで記載) 女性○ 男性□ 本人◎ 回 亡くなっている方● ■								

## 入居申込書 (2)

入居を希望する理由								
当法人施設への申込み	富士見荘 ・ はらからの里							
他の施設への申込み	施設名・今後の申込みの予定							
身体 の 状 況 ・ 医 療 の 状 況	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		食事形態	主食			副食
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		オムツ	無・有 (下記に具体的に記載)			
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		入浴形態	普通浴・リフト浴・特殊浴			
	更衣・整容等	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		移動用具	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車椅子 (自操・介助) ・ リクライニング			
	医療	病名・既往歴						
		かかりつけ医	病院名			主治医		
		処方中の薬剤						
		医療的処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 感染症 ( ) <input type="checkbox"/> その他					
	視力			聴力			言語	
精 神 の 状 況	記銘力							
	見当識力							
	意思疎通							
	問題行動							
指定 居 宅 サ ー ビ ス の 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 利用していない							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所							
	上記サービスの事業所名 利用頻度等							
指定居宅介護支援事業所	事業所名					担当		
特記事項								

入居調査票 (1)

区 分	判断基準	点 数	✓	備 考
1. 要介護度	要介護 5	40	<input type="checkbox"/>	
	要介護 4	35	<input type="checkbox"/>	
	要介護 3	25	<input type="checkbox"/>	
	要介護 2	15	<input type="checkbox"/>	
	要介護 1	10	<input type="checkbox"/>	
2. 介護者の状況	介護家族無し (0)	25	<input type="checkbox"/>	介護家族※が存在しないか、全て県外等遠隔地に在住で数十年来交流が途絶している等。※ 2親等以内の血族等（祖父母、父母、兄弟、配偶者、子、子の子、子の配偶者）で、介護を担う親族と定義。例外的に実際に介護を行う甥姪等（3親等）を含む。
	家族介護力無し (1)	20	<input type="checkbox"/>	介護家族が全て、中重度要介護（要介護2以上）、障がい者（身障手帳1・2級所持）、病弱（疾病による禁忌があるか入院中）、重篤な介護疲れ、未成年のいずれかに当てはまるか、県外等遠隔地に在住である。
	家族介護力無し (2)	15	<input type="checkbox"/>	上記 (1) に該当しない介護家族の全てが、高齢（65歳以上）、軽度要介護（要支援1以上）、障がい者（身障手帳所持）、病弱（既往あり加療中）のいずれかに当てはまるか、当該市町村及び近隣市町村に居住していない。
	家族介護力無し (3)	10	<input type="checkbox"/>	上記 (1) (2) に該当しない介護家族の全てが、就労（週20時間以上勤務）、養育（小学生以下の児童を養育）の状態にあるか、これまでの本人との生活経緯により義絶している等。
	介護家族あり (4)	0	<input type="checkbox"/>	上記 (0) (1) (2) (3) に該当しない場合。
	独居	5	<input type="checkbox"/>	上記 (1) (2) (3) (4) に加え独居の場合に加点（世帯分離や二世帯住宅、隣接地家族居住等は除外、介護者の入院等による実質独居は該当）。(0) には加点されない。
3. 指定居宅介護サービス (3を算定する場合、5は算定しない)	週5～7日 サービス利用	15	<input type="checkbox"/>	福祉用具を除いてカウントする
	週3～4日 サービス利用	10	<input type="checkbox"/>	
	週1～2日 サービス利用	5	<input type="checkbox"/>	
4. 住居環境 (5との重複の算定も可能とする)	劣悪な住居環境	10	<input type="checkbox"/>	廃棄物等が放置された家や歩行困難者の高階層アパート（EVなし）居住等、日常生活を送ることが極めて困難と認められる場合。また、確たる居宅が無いような場合。
	問題ある住居環境	5	<input type="checkbox"/>	段差の多い造作や、風呂がないなど、本人の心身状況に照らし問題があると認められる場合。
	上記にチェックした場合には具体的に記載			
5. 退院退所後の在宅生活 (5を算定する場合、3は算定しない)	退院後の在宅生活が困難	10	<input type="checkbox"/>	病院、老健、GH等の退院退所想定時に、本人の心身状況により在宅生活が困難と思われる場合。（住環境のみが問題の場合は4のみを算定。）
	上記にチェックした場合には具体的に記載			
	病院・施設名	入院等の時期（令和 年 月 日）		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院（所）を勧められている <input type="checkbox"/> 退院（所）したい（ <input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭的負担が大きい）		

入居調査票 (2)

6. 特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	認知症による困難	10	<input type="checkbox"/>	対象者が認知症であり、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見られるような場合。
	(かつ重度の場合)	10	<input type="checkbox"/>	上記のうち認知症自立度がⅢa以上の場合 (注)
	<b>(注) 認知症自立度Ⅲa</b>			
	日中を中心として、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が見られ介護を必要とする。主な症状・行動例としては着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等			
	障がい等による困難	20	<input type="checkbox"/>	対象者が知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られるような場合。
	虐待が疑われる場合	20	<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われること等により、対象者の心身の安全・安心の確保が困難であるような場合。
	支援の供給が不十分	10	<input type="checkbox"/>	単身世帯又は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ような場合。
	(かつ急迫性ある場合)	10	<input type="checkbox"/>	上記のような状態が、主たる介護者の急死や予期せぬ入院等により発生し、急迫性ある場合。
上記にチェックした場合には具体的に記載				
7. 待機期間	6か月以上	5	<input type="checkbox"/>	特例入所の待機期間は、平成27年4月1日から起算する。
	1年以上	10	<input type="checkbox"/>	
	2年以上	15	<input type="checkbox"/>	

点数	1	2	3	4	5	6	7	合計点数	調査年月日
	点	点	点	点	点	点	点	点	令和 年 月 日

説明者	職名		氏名	
-----	----	--	----	--

令和 年 月 日

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、調査結果及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。			
	入所申込者 (ご本人)			
	入所申込者のご家族等		続柄	