

特別養護老人ホーム 入所申込みに係る情報提供書（京丹後市 施設共通）

2019年改訂

入所希望者氏名		性別		生年月日	
要介護度		介護保険被保険者番号			
認定年月日		有効期間		～	
介護保険負担割合	割	保険者		保険者番号	

※要介護1又は2の方の申込みにについては、別項の「要件」、「具体的な状況」を必ず記入してください。

身体障害状況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
身体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ ）				
		〔主食〕		<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー		
		〔副食〕		<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助					
		<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ					
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助					
		<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 中間浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴槽	<input type="checkbox"/> 清拭				
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助					
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助					
		<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖・老人車等	<input type="checkbox"/> 車椅子					
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度	<input type="checkbox"/> 見えない				
		<input type="checkbox"/> 見えているか判断不明							
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> 聞こえない				
	<input type="checkbox"/> 補聴器使用	<input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不明							
麻 痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（部位： ）							
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 時々できる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない					
言 語	<input type="checkbox"/> 口頭	<input type="checkbox"/> 筆談等	<input type="checkbox"/> 手話等	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない						
指示への反応	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> できない						

主な症状	頻 度				
被害的妄想がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
色々なものを集める	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
幻視・幻聴がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
感情が不安定である	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
昼と夜が逆転する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
暴言暴行など介護に抵抗がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
ものや衣類を壊す	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
不潔行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
大声を出す	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
異食がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
徘徊がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> 週1回以上	<input type="checkbox"/> 週3回以上	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日
自傷行為がある	<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		
その他（特筆すべき内容や具体的な症状などについてご記入ください。）					

認知症の状況としての行動障害	
----------------	--

医療機関 主治医		既往歴 現病歴	
服薬等			
医療的処置	<input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他（ ）		

現在利用しているサービス等	<input type="checkbox"/> 【介護保険施設・医療機関等への入院入所している】 施設名又は病院名 _____ 住所地 _____ 入院又は入所期間 _____ ～ _____（退所又は退院予定日） <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用していない】 <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用している】 → 在宅サービスの利用率 _____ % 現在利用している介護サービス・事業所名・利用頻度 _____
---------------	--

主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠隔地にいる（居住地） _____ <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており介護に支障がある <input type="checkbox"/> 主たる介護者の介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病気等のため長期治療・療養中 <input type="checkbox"/> 介護にほとんどかかわっていない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が妊娠している・育児中 <input type="checkbox"/> 別居親族による介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、障害を有する <input type="checkbox"/> 同居の介護協力者がいる（ _____ 人） <input type="checkbox"/> 主たる介護者が他の方も介護・看病している <input type="checkbox"/> 介護協力者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 近隣者などによる介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 同居者に介護協力者がいない その他（チェックした項目の具体的内容についてご記入ください） _____
-----------	---

在宅生活の状況	生計 <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて居宅サービスを自費負担している <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを充分利用できない 住環境 <input type="checkbox"/> 現在、入所(入院)中の施設及び病院から退所(退院)を求められているが、自宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で在宅生活に支障(危険)があり改善することが困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で十分な介護が困難である その他（チェックした項目の具体的内容についてご記入ください） _____
---------	---

【要介護1又は2の方の申込みにについては、長期入所が必要な具体的な状況を必ずご記入ください。】

要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難である。
----	---

具体的な状況	_____
--------	-------

その他特記	
-------	--

本用紙記入者	事業所・病院名			
	職 種		連絡先	
	年 月 日		本用紙記入者氏名	