入所申込書（ご家族記入）

介護老人福祉施設　　ゆうなぎ苑

地域密着型特別養護老人ホーム　　ゆうなぎホーム

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 利用者名		性別	生年月日
		男・女	明・大・昭　　年　　月　　日（　　才）
現住所	〒　　TEL		
被保険者番号		介護度	介護度 1・2・3・4・5
認定期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
現在の状況	□自宅で一人で暮らしている。　□自宅で家族と暮らしている □入院又は施設入所中 入院・入所先　（　　年　　月　　日より） □その他　（　　）		
入所希望施設	□ ゆうなぎ苑　□ ゆうなぎホーム　□ 両方に申込 □今すぐ入所したい　□　　年　　月頃までに		
他施設申込状況	【　　】【　　】【　　】		

	氏名	年齢	続柄	会社名・学校名
家族状況（同居者）				

	氏名	年齢	続柄	住所
近親者 ＊別居の子供又は兄弟姉妹				

緊急連絡先	1,　　TEL
	2,　　TEL
担当ケアマネジャー	
事業所	TEL

申込者	印　　利用者との続柄（　　）　同居・別居
住所	

利用者の状況

医療状況	・経管栄養　・胃瘻　・在宅酸素　・インシュリン注射
身体の状況	病名 通院中の病院　主治医
	障害名 障害者手帳　有（　種　級）　・　無
歩行	自立　・　一部介助　・　出来ない
移動	自立　一部介助　全介助 杖　シルバーカー　車椅子　その他
排泄	自立　一部介助　全介助　尿意（有・無・曖昧）便意（有・無・曖昧） トイレ　ポータブルトイレ　紙パンツ　オムツ　バルーン留置
食事	自立　・　一部介助　・　全介助
入浴	自立　・　一部介助　・　全介助
更衣	自立　・　一部介助　・　全介助
視力	普通　・　見えにくい　・　ほとんど見えない
聴力	普通　・　やや聞こえにくい　・　ほとんど聞こえない　・　補聴器（有
認知状況	物忘れ（軽度・中度・重度・無）　徘徊（有・無）
	昼夜逆転（有・無）　介護に対しての抵抗（有・無）
	意志疎通（問題なし・やや困難・困難）
	その他（　）
入所申込理由	

介護支援専門員の入所調査票（介護支援専門員⇔特養）

担当ケアマネジャー名	所属事業所名	連絡先電話番号

ふりがな		生年月日	明・大・昭　年　月　日
入所申込者氏名			
現住所			
被保険者番号		電話番号	

	項目	評価基準	点数
共通項目	1.本人の状況	要介護1　・要介護2　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５	
	2.介護の必要性	□ ８割以上10割　□ ６割以上８割未満　□ ４割以上６割未満	
		□ 2割以上4割未満　□ 2割未満	
	3.家族の状況	□ 介護する家族がいない　□ 介護者が高齢、病気、就労	
		□ 家族はいるが、介護が困難な状況	
	4.入所・入院中の状況	居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所・入院している	
	合計		
	5日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2	
	6.認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	
	7.介護者の急死や緊急入院、住居の立ち退き、住宅改修が困難である等の居住環境の問題点、その他特別な状況		
要介護度1・2の方のみ	8.考慮事項「特例入所」	□ 認知症である者であって、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さが頻繁に見られる	
		□ 知的障害・精神障害を伴い、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等が頻繁に見られる	
		□ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である	
		□ 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	

〔以下、共通項目〕

☆同居家族（いる方のみ記入して下さい）

	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

☆近親者の状況（同居家族のいない方のみ記入して下さい）

	氏名	年齢	続柄	住所
1				
2				
3				

☆連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

☆ケアマネジャーからの意見（施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入して下さい）