

# ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 駒草の郷 入居申込書

令和 年 月 日

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設駒草の郷

管 理 者 佐々木 しのぶ 様

申込者氏名 続柄( )  
住 所  
電 話 番 号

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設駒草の郷に入居したいので、次の通り申込み致します。

入 居 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください。
	フリガナ 氏 名	※必ずフリガナもご記入ください										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和								性別	1. 男 2. 女	
		年	月	日								
	要介護 状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )										
	認定有効 期 間	平成	年	月	日	から						
		平成	年	月	日	まで						
住 所												
電話番号						FAX番号						
家族等の 状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	連絡先						
特例入居申込理由記載欄(居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)												

私は、上記入居申込者情報について、駒草の郷が市町村介護保険事業計画策定等のため、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。

対象者名 印  
代筆者名 印  
申込者名 印

(施設記入欄)【受付No.           】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

## 入居申込調査票

調査年月日		調査者氏名	
現状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
介護保険サービス確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他( )		
	調査時点での在宅サービスの利用単位数( ) 単位) 他施設申込み状況( )		
健康保険	種別	年金等	種別
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類 ) (障害名 ) 判定 ( ) 級、その他 )		
食事	<input type="checkbox"/> 自律 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯		
	内容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限( ) 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特浴・中間浴・一般浴・夜間浴)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 ) 下剤服用 ( 有・無 ) 便 日 回 失禁 ( 有・無 )		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 ) ( )		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無 ) (状況 )		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聴こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況 )		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能		
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度・中度・重度 ) 症状 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ) (状況 )		
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 )		
既往歴	昭・平	年	月(頃)
	昭・平	年	月(頃)
	昭・平	年	月(頃)

【特記事項】

# 介護支援専門員等意見書

## 1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2～1
認知症による不適応行動	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	高齢者世帯	その他
② 介護者の性別・年齢・続柄	男・女	歳	(本人からみた続柄)
③ 介護者の介護負担	重い	やや重	軽い 負担なし
④ 介護者が障害や疾病	無・有	(	)
⑤ 介護者の就労	無・有	(職種等 日/週 時間/日)	
⑥ 他の要介護者	無・有	(要支援、要介護 1 2 3 4 5)	
⑦ 介護者が育児、家族が病気	無・有	(	)
⑧ 介護者の介護の関わり方	介護拒否	非常に消極的	やや消極的 普通
⑨ 他の同居介護補助者	無・有	(続柄)	日/週程度( )
⑩ 別居血縁者介護協力	無・有	(続柄)	日/週程度( )
⑪ 近隣者等の介護協力	ほとんどなし	随時あり	常時あり

## 事項及び意見

① 医療的処置	： 膀胱カテーテル、経管栄養、酸素療法等
② 住居環境	： 廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修困難等
③ 入所待機期間	： 待機期間が1年以上になっている。
④ 長期入院等に退院後の再入所	
⑤ その他	( )

意見書作成日 令和 年 月 日

意見書作成者 印