

様式第1号

石川県 指定介護老人福祉施設入居申込書

申込者(連絡先)

Table with 2 columns: Field (申込日, 受付日) and Value (令和00年00月00日, 令和 年 月 日)

Table with 2 columns: Field (〒, 住所, 氏名, 電話) and Value (920-0901, 金沢市彦三町0丁目0番0号, 彦三 太郎, (076) 000-0000)

Table with 3 columns: Field (特列入居の事由) and Values (有, 無)

Main application form with multiple sections: 入居希望者の状況 (Applicant info, residence, care status), 医療の状況 (Medical status, doctor info), 障害の状況 (Disability status), 申込状況 (Application status), 主たる介護者 (Main caregiver info, residence, opinion), 同意書 (Consent form)

介護保険被保険者証の介護度を入力

自宅で同居されている方はチェックのみ

介護保険被保険者証の認定有効期間の開始日と終了日を入力

該当する項目にすべてチェック

該当する項目にすべてチェック

現在の状況をなるべく詳しく

瓢箪 印章

※「特列入居の事由」欄で「有」となる場合は、裏面にその事由について記載してください。
※「被保険者証(写)」「直近3ヵ月分のサービス利用票及び別表(写)」を添付して下さい。
※入居申込の有効期間は、要介護認定の有効期間の満了日までの期間とします。

特例入居の要件に該当する事由について (入居申込者等記入欄)

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。

現在の状況をなるべく詳しく

・最近同じことを何度も繰り返して言うようになり、家族の事も行く理解していない様子です。また、一人で外出した際には、自宅が分からなくなり保護を受けたこともあります。

・些細なことで怒鳴ることが多くなり怒りっぽくなっている。「通帳を持っていかれた」などと大騒ぎする事があり家族も困っている。

介護支援専門員意見書

記入日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

入居希望者	(フリガナ) ヒコソ タロウ	男	〒〇〇〇-〇〇〇〇
	彦三 太郎		金沢市〇〇町〇丁目〇番〇号
	明・大・昭	女	連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇) 歳		

上記入居希望者に関する意見は以下の通りです。

介護支援専門員氏名 日向 うららか

居宅介護支援事業所名 ようきケアサポート

TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

居宅介護支援事業所所在地 金沢市〇〇町〇丁目〇番〇号

FAX 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

意見記入欄

【本人の状態】

- 要介護度： 1・2・3・4・5
- 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
- 認知症高齢者の日常生活自立度：正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- 知的障害・精神障害等の程度： 有 ・ 無
有の場合：療育手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級 ・ 身体障害者手帳 級
- 年金： 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ その他 ()
- 介護保険負担限度額認定証の有無： 有り ・ 無し 第3段階
- その他 ()

【本人の心身の状況及び生活の状況】

ADL(あてはまる状態に○を付けてください)

歩行	立ち上がり	座位	寝返り	排尿	排便	入浴	着脱	食事	整容
自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立	自立
一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助

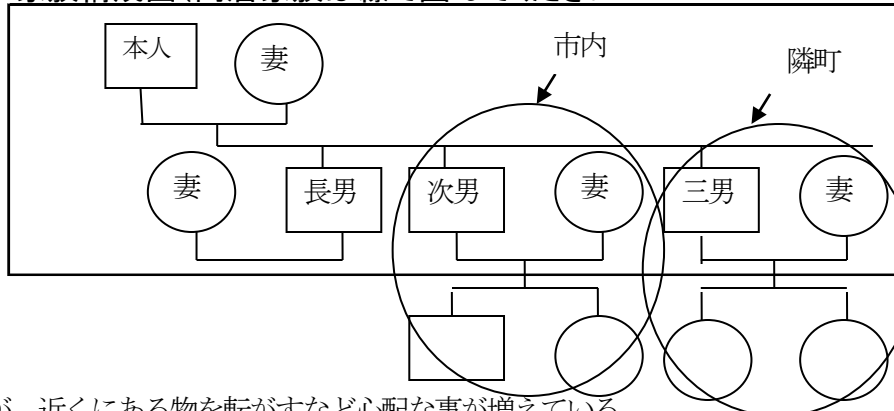
- ・自宅内は伝い歩き、外は杖を使用している。不安定
- ・トイレを汚すことが増えている。パットをトイレで詰まらせたり、筆筒に入れる事もある。
- ・膝が痛くて自宅の深い浴室には入れない。デイサービスで入浴後、衣類の上下を間違えて着るようになった。
- ・食事は自分で食べられるが、準備は出来ている時と、出来ていない時がある。
- ・性格はおだやか

現在の状況をなるべく詳しく

【家族・介護者等の状況】

- ・主介護者は長男、妻も協力。
- 次男は受診の付き添いに協力している。
- 三男は隣町に住み、子供(孫)の育児で介護に協力が出来ないが、連絡は取れている。妻は脳梗塞で入院中。

家族構成図(同居家族は線で囲んでください)



【在宅生活継続の可能性】

妻が入院し、一人暮らしになり、子が毎日様子を見に来ているが、近くにある物を転がすなど心配な事が増えている耳が遠くなり話が伝わりにくい。一人で買い物に行こうとして帰られなくなることもある。

※居宅介護支援事業所の介護支援専門員がない場合は、他の適当な方(病院のソーシャルワーカー、他介護保険事業所の介護支援専門員等)が記載して下さい。但し、他の適当な方がいない場合は不要です。

特例入居の要件に該当する事由について

●該当する事由に印を付けて下さい。

- 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

●該当する事由の具体的内容について記載して下さい。