

	特別養護老人ホーム 東恵園
	地域密着型介護老人福祉施設 月山の郷 入所申込書
	地域密着型介護老人福祉施設 鹿南の郷

※希望する施設に○をしてください。

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 東恵園
 地域密着型介護老人福祉施設 月山の郷
 地域密着型介護老人福祉施設 鹿南の郷
 施設長 花田優 様

申込者氏名 続柄 ()

住 所

連 絡 先

特別養護老人ホーム東恵園・月山の郷・鹿南の郷に入所したいので、次の通り申込みします。

入所対象者（ご本人様）	介護保険被保険者番号 (介護保険証でご確認ください)											
	氏 名	フリガナ										
	生年月日	大正・昭和 年 月 日					性別	男・女				
	要介護度	1・2・3・4・5・申請中（申請日：令和 年 月 日）										
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで										
	住 所	〒										
	連 絡 先	電話番号				FAX番号						
ご家族様の状況	氏 名	続柄	生年月日	職業	同居/別居	連 絡 先						
					同・別							
					同・別							
					同・別							
特例入所申込理由記載欄（居宅において日常生活を営むことが困難な理由等）												

私は、上記申込者情報について、東恵園・月山の郷・鹿南の郷が鹿角市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。

入所対象者氏名 印

申 込 者 氏 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 所 申 込 調 査 票

調査年月日	令和 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"/> 医療院 <input type="checkbox"/> 長期SS <input type="checkbox"/> その他 (
利用している 介護サービス などの確認欄	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 (
	調査時点での介護サービスの利用単位数 () 単位				
	他施設の申込み状況 (
健康保険	種別	年金等			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名: 判定: 種 級 その他:				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:				
	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"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー (
		方 法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> その他 (
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴の形態 (特浴・中間浴・一般浴)				
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排 せ つ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 (
	排便回数	日に	回程度	下剤服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			日常生活 自立度	
	歩行状況	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 <input type="checkbox"/> その他 (
	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 <input type="checkbox"/> その他 (
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲			老眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 (
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 <input type="checkbox"/> その他 (
認知症等による不適応行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度)			認知症自立度	
	不適応行動	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 (
	特記事項				
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等:				
既 往 歴	昭和・平成・令和 年 月 (頃)				
	昭和・平成・令和 年 月 (頃)				
	昭和・平成・令和 年 月 (頃)				
	昭和・平成・令和 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（見込み）	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. 在宅サービスの利用度

サービス利用額限度割合	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	やや重い	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（事業対象者・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	

4. 特記事項及び意見

--

意見書作成日 令和 年 月 日

意見書作成者 印

作成者所属先