

# 老人ホーム入所申込書類の記入等について

## 1 「入所申込書」

施設への入所申込は、次の書類を添付し、原則介護支援専門員（病院又は介護保険施設等に入院、入所中の場合は、当該病院又は介護保険施設等の相談員等）を通して、入所申込者本人又は本人の意思を確認した家族が直接お申込み下さい

## 2 添付書類

### ① 「調査票」

（※①については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等が記入する）

### ② 介護保険被保険者証の写し

### ③ サービス利用票及びサービス利用票列表の写し（直近3ヵ月分）

（※③について、サービス利用のない者は不要）

### ④ 「介護支援専門員等の意見書」

（※④については、深刻な虐待が疑われる場合等、介護支援専門員等が特に必要と判断する場合に作成し、施設に直接提出する）

\* その後の状況変化などございましたら、随時ご連絡下さい

- ・ 介護保険被保険者証を更新及び変更した場合
- ・ 介護状況が変わった場合
- ・ 亡くなられた場合（申請の取り下げ）
- ・ 他の施設等に入られた場合（申請の取り下げも含む） など

## 3 入所決定後の入所契約時には、以下の添付書類が必要です

（ア）かかり付けの医師の紹介状（様式や用紙の指定無し）

（イ）病院、療養型病床群、老健等に入院（所）中の方は、看護サマリー

（ウ）介護保険証

（エ）健康保険証・老人医療受給者証

（オ）所持・該当者のみ・・・被爆者健康手帳・身体障害者手帳・療育手帳・  
保護決定通知書・介護保険負担限度額認定証・  
社会福祉法人等利用者負担軽減確認証など

## 4 原紙はホームページからもダウンロードできますので、そちらもご利用下さい （<http://www.koraku.jp/>）

## 5 「申請先・問い合わせ」

〒737-0904 呉市焼山町字打田623番  
特別養護老人ホーム 後楽荘 入居係 宛

Tell (0823) 34-1388 ・ Fax (0823) 34-0822  
生活相談員 宛



|        |   |   |
|--------|---|---|
| 入所の必要性 | 【自由記述】<br>[※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）] |   |
|        |   |   |
| 備考     | 担当ケアマネジャー   | <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ）<br><input type="checkbox"/> いない |

|         |
|---------|
| 【施設記入欄】 |
|         |

**お願い**

入所申込者の介護保険被保険者証の更新及び変更や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。  
連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

# 調 査 票

|            |  |   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
|------------|--|---|---|---|------|--|-------|-----------|---|-------|--|
| 記入日        | 平成   | 年   | 月 | 日 | 記入者  | 氏名   |       | 入所申込者との関係 |   |       |  |
|            |  |   |   |   |      | 所属名  |       |           |   |       |  |
|            |  |   |   |   |      | 所属住所   | 〒     |           |   |       |  |
|            |  |   |   |   |      | 電話   | ( ) - |           |   |       |  |
| 入所申込者の状況   | フリガナ   |   |   |   | 生年月日 | 明・大・昭  | 年     | 月         | 日 | 施設記入欄 |  |
|            | 氏名   |   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
|            | 現住所  | 〒   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
|            | 医療状況   | 現在治療中の病名  |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
|            |  | 主治医病院名・病院住所・担当医師名   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
| 在宅サービス利用率  | [ ]  | ※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入) により算出   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
| 入所申込者の身体状況 | 視力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲<br>眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |   | 着脱衣  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助<br><input type="checkbox"/> 全介助 |       |           |   |       |  |
|            | 聴力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴<br>補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |   |   | 排泄   | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ<br>(自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)          |       |           |   |       |  |
|            | 意思疎通   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可<br><input type="checkbox"/> 不可  |   |   | 移動   | <input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器)<br><input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)<br><input type="checkbox"/> 不可            |       |           |   |       |  |
|            | 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助<br><input type="checkbox"/> 全介助  |   |   | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                 |       |           |   |       |  |
|            | 整容   | 洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |   | /    |  |       |           |   |       |  |
| 認知症・精神状態等  | <input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ]<br><input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有<br><input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有<br>※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載<br>( )<br><input type="checkbox"/> 特になし |   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |
| 手帳の有無      | 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: )<br>療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )<br>精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: )                                      |   |   |   |      |  |       |           |   |       |  |

特別養護老人ホーム後楽荘

|          |   |  |
|----------|---|--|
| 介護者の状況   | <input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難<br><input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難<br><input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない<br>※該当する状況にチェックしてください(複数回答可) |  |
|          | 在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)  |  |
| 介護支援専門員等 | <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況<br>内容: _____ )  |  |
|          | <input type="checkbox"/> 経済的理由<br>内容: _____ )   |  |
|          | <input type="checkbox"/> 家族の介護負担<br>内容: _____ )   |  |
|          | <input type="checkbox"/> 住環境<br>内容: _____ )   |  |
|          | <input type="checkbox"/> その他<br>内容: _____ )   |  |
| の意見      | その他特記事項<br><br><br>   |  |

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。

介護支援専門員等の意見書

[介護支援専門員等 ⇄ 施設]

|                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネジャー, 相談員等) |       |
| 所属名<br>(施設名・病院名)                  |       |
| 所属住所                              |       |
| 電話番号                              | ( ) - |

|  |          |       |                  |
|--|----------|-------|------------------|
| 記入年月日  | 平成 年 月 日 | 記入者氏名 |                  |
| 介護支援専門員等の意見  | 被保険者番号   |       | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 |
|  | フリガナ     |       |                  |
|  | 入所申込者氏名  |       |                  |
| 現在の生活状況で特記すべき事項(住環境、医療・身体・精神的状況など、在宅生活が困難な状況の要因を記入してください。)   |          |       |                  |
| 【 緊急性: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】 |          |       |                  |
| 入所についての本人及び家族の意思   |          |       |                  |
| その他特記すべき事項等  |          |       |                  |

※深刻な虐待が疑われる場合等, 介護支援専門員, 病院・施設の相談員等が特に必要と判断する場合に作成し, 施設に直接提出する。(作成は任意であり, 入所申込時に添付する必要はない)