

	<p>制度の訪問介護、通所介護等以外のサービスで、市民、NPO、市からの委託等によるサービスのことです。</p>	<p> <input type="checkbox"/> 洗濯(週 回) <input type="checkbox"/> ゴミ出し(週 回) <input type="checkbox"/> 機能訓練(リハビリ)(週 回) <input type="checkbox"/> 口腔ケア(週 回) <input type="checkbox"/> 栄養改善・維持(週 回) <input type="checkbox"/> その他(週 回)() </p>												
	<p>入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)</p>	<p> <input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他() </p>												
<p>介護者や住居等の状況</p>	<p>入所を希望する理由</p>	<p> <input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい) </p>												
<p>主な介護者</p>	<p>(フリガナ)</p> <p>氏 名</p> <p>同居の区分</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="475 1973 935 2022">性別</td> <td data-bbox="935 1973 1249 2022">男 ・ 女</td> <td data-bbox="1249 1973 1369 2022">年 齢</td> <td data-bbox="1369 1973 1554 2022">歳</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 2022 935 2119">生年月日</td> <td colspan="3" data-bbox="935 2022 1554 2119">明治・大正・昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="475 2119 1554 2163"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 </td> </tr> </table>	性別	男 ・ 女	年 齢	歳	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
性別	男 ・ 女	年 齢	歳											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日													
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居														

		住所 〒 - 電話番号 ()								
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()								
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない								
	特記	(介護をしている上で特に困っていること等)								
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入所したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい </div>								
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (他の施設名)								
	担当ケアマネジャー	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%;">連絡先</td> <td style="width: 25%;">電話 ()</td> </tr> <tr> <td>事業所名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	氏名		連絡先	電話 ()	事業所名			
	氏名		連絡先	電話 ()						
事業所名										
備考										

おねがい	<p>入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、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した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p> <p>事実と違う場合は優先順位が変更される場合があります。</p>
------	--

<p>説明確認欄</p>	<p>私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p style="text-align: right;">(入所希望者本人との続柄)</p> <p style="text-align: center;"> _____年 月 日 氏名 _____ (_____) </p>
<p>同意書</p>	<p>当施設が保管する入所申込みに関する情報については、神奈川県又は相模原市若しくは相模原市以外の保険者から状況把握のために提示を求められた場合、これを提示することに同意します。</p> <p>入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合には、入所申込みに関する情報を施設が相模原市又は相模原市以外の保険者に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。</p> <p>本入所申込書の有効期限は受付日から5年間（ただし、この間に様式6（介護状況変更連絡書）を提出した場合には、その受付日から、さらに5年間有効期限が延長となります。）となりますが、申込みから2年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく施設が入所希望者の状況を把握することができない場合には、申込みを無効とすることについて同意します。</p> <p style="text-align: right;"> 入所希望者氏名 _____ (印) </p> <p>※ 申込者が本人以外の場合</p> <p style="text-align: right;"> 申込者氏名 _____ (印) </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>氏名欄は、自署 の場合は押印不 要です。</p> </div>

【施設使用欄】

<p>特例入所の可能性</p>	<p><input type="checkbox"/> 非該当</p> <p><input type="checkbox"/> 該当</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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こと <input type="checkbox"/> 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こと <input type="checkbox"/> 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こと <input type="checkbox"/> 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こと
<p>備考</p>	<p>本標準入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所又は特例入所を考慮する必要がある場合などは、その状況について記入すること。</p>

(様式4)

標準入所希望者調査票

入所申込受付日					入所決定日	年 月 日			
入所希望者名					住 所				
勘 案 項 目	入退所検討委員会の開催								
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数	
要介護度									
介護の状況									
市内居住者									
特 記 事 項	認知症による 行動障害								
	医療的処置の 状況								
	住居環境								
	在宅生活困難								
	その他								
合 計 点									
同点時順位判定 (年 齢)									
優 先 入 所	市町村からの 入所依頼等								
	長期入院後 の再入所								
	退所後の 再入所								
	緊急性等								
特 例 入 所	認知症								
	知的障害・精神 障害等								
	深刻な虐待等								
	家族等による支援、介 護サービス等が不十分								
入所順位									
(例外) 性別・重度認知症等状況・医療的 処置・ 施設の適切処遇、運営維持									
入所一時辞退									

(注) 入所希望者又は介護者から勘案項目に係る状況変化の申出があった場合に、直近の入退所検討委員会において、再評価を行うこととします。

(様式7)

介護支援専門員及び施設相談員等意見書

介護老人福祉施設 青根苑 殿

入所申込者氏名: _____
介護保険被保険者番号: _____

介護保険者: _____ 市・区・町・村
要介護度: _____

*以下、該当項目に○を付け、必要項目に記入して下さい。

1. 入所希望者の状況・問題行為について(週1回以上ある場合のみにチェック)

項目	該当で○	項目	該当で○	項目	該当で○
被害妄想		暴行暴言		不快な音をたてる	
作話		大声を出す		内容	
幻聴		不潔行為		自傷行為	
幻覚		異食行為		内容	
感情不安定		火の不始末		自殺願望・行為	
昼夜逆転		収集癖		内容	
物や衣類を壊したり、破いたりする				介護者や他人に対する抵抗	
徘徊:「家に帰る」等で落ち着きがない				徘徊:一人で外に出たがり目が離せない	
その他状況(特記事項)					

2. 主たる介護者及び家族などの状況

世帯の状況	1 独居世帯	2 高齢者のみ世帯(同居 人)	3 その他(同居 人)
主たる介護者の年齢等	氏名: _____ (続柄: _____ 年齢 _____ 歳)		
主たる介護者の障害・ 疾病等による介護力	・障害及び疾病の有無 1 あり ・ 2 なし (病名や状況等: _____) ・介護の困難度(1 困難 2 ほとんど困難 3 多少困難 4 可能)		
主たる介護者の就労状況	1 なし 2 あり(勤務時間: 8時間超 4~8時間 4時間未満) 3 就労不可能(高齢 複数介護 身体状況等で働きたくても働けない)		
主たる介護者の育児状況	1 なし 2 あり(常時 半日 季節 臨時)		
同居家族	障害者: あり【身体障害者手帳(1・2・3・4・5・6級) 療育手帳・精神福祉手帳】・なし 特定疾患者: あり(病名: _____ 続柄: _____)・なし 特定疾病者: あり(病名: _____ 続柄: _____)・なし 長期入院: あり(1年以上・6ヶ月以上・3ヶ月以上・現在入院)・なし 要介護度者: あり(要介護:)・なし		
他の同居介護補助者	1 なし 2 あり(続柄: _____ 常時 随時 緊急時 日/週程度)		
別居血縁者の介護協力	1 なし 2 あり(続柄: _____ 常時 随時 緊急時 日/週程度)		
その他状況(特記事項)			

3. 生活及び住宅環境

入院・ 入所等	施設等名 所在地	期間	令和 年 月 日 ~ 現在
住居(廊下・便所・浴室・階段等)の構造上 、介護に適していないため困難	1 なし 2 あり (内容 _____)		
特記事項			

作成年月日: 令和 年 月 日

意見書作成: 事業所名
電話番号 _____

作成者

