

指定介護老人福祉施設入所選考申込書

特別養護老人ホーム京都八勝館

施設記入欄	受付日時	年 月 日
	受付番号	
	受付者	

対象者	フリガナ																	
	氏名	男・女					保険者番号	市町村										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)	被保険者番号											
	要介護度	1・2・3・4・5																
	認定有効期間	年 月 日 ~							年 月 日									
現在の居所	居所																	
	入院	<input type="checkbox"/> 医療・一般	医療機関名称												入院期間	年 月 日 ~		
		<input type="checkbox"/> 医療・療養																
		<input type="checkbox"/> 介護・療養																
入所	老人保健施設名												入所期間	年 月 日 ~				
他施設の申込状況(予定含む)		<input type="checkbox"/> 他施設への申込み無し <input type="checkbox"/> 他施設への申込み(予定)有り(          箇所)																
申込理由	※在宅での介護が困難な理由を記入してください。																	
申込者	氏名						対象者との続柄											
	住所						電話番号											
連絡先	氏名						対象者との続柄											
	住所						電話番号											
※申込者と連絡先が同じ場合は申込者欄のみ記入してください。																		
担当介護支援専門員氏名																		
事業所名																		
連絡先電話番号																		
同意欄	今後、対象者・介護者への支援を検討するため、また、入所状況の把握等のために様式第1号から様式第3号までの内容について、保険者へ情報提供することに同意します。																	
	年 月 日 氏名(利用希望者名) 印																	

様式第2号

優先入所に関する評価基準票(介護支援専門員等が記入)

対象者氏名		記入者氏名	印
-------	--	-------	---

1. 要介護度・認知症高齢者の日常生活自立度ランク(40点) (点)

区 分		認知症高齢者の日常生活自立度					
		M	IV	III	II	I	なし
要介護度	5	40※	40※	35※	35	35	35
	4	40※	40※	35※	30	30	30
	3	40※	35※	35※	25	20	20
	2	30	30	20	15	15	10
	1	25	25	15	15	10	5

2. 居宅介護サービスの利用状況(20点) (点)

居宅介護サービス利用限度額の割合(利用率)	80%以上	20※
	60%~80%未満	15※
	40%~60%未満	10
	20%~40%未満	5
	20%未満	2

3. 介護者の状況(20点) (点)

1. 身寄りがいない。介護者がいない。介護者はいるが著しく介護が困難な状況にある。	20※
2. 就労、育児等で十分な介護ができない者が介護している。	10※
3. 介護者が複数おり、居宅介護サービスを利用しながら介護している。	2

4. 住環境の状況(20点) (点)

1. 住環境に住宅改修を含む居宅介護サービスを導入しても解決できない問題があり、日常生活及び介護上、支障をきたしている。	20※
2. 住環境に問題があり、住宅改修を含む居宅介護サービスを導入する必要がある。	10
3. 住環境には、日常生活及び介護上、問題はない。	0

基本評価	点	※が4つ	a
		※が3・2つ	b
		※が1・なし	c

5. 施設記入欄

総合評価	優 先	一 般
------	-----	-----

様式第3号

入所選考調査票(介護支援専門員等が記入)

受付番号		保険者番号	市町							
対象者氏名		被保険者番号								
担当介護支援専門員氏名		印	事業所名	(電話番号)( ) -						
《 入所希望者の心身の状況 》										
要介護度	1・2・3・4・5									
(認)自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					(寝)自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
<p style="text-align: center;">【本人の心身の状況】</p> <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転・徘徊等の問題行動があり、介護者の日常生活に支障がある <input type="checkbox"/> 寝たきりにより食事・排泄・入浴等日常生活全般を通じ、介助が必要である <input type="checkbox"/> 多少の一部介助や見守りを必要とする <input type="checkbox"/> ほとんど自立による日常生活が可能である <input type="checkbox"/> その他 ( )					<p style="text-align: center;">【住環境】</p> <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難（住居が狭い等） <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<p style="text-align: center;">【介護者の状況】</p> <input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者がいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難（高齢・障害・疾病・就労・その他： ) <input type="checkbox"/> 介護者が遠隔地にいる <input type="checkbox"/> 介護者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる ( 人 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					<p style="text-align: center;">【医療の状況】</p> <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<p style="text-align: center;">【在宅生活継続の可能性】</p> <input type="checkbox"/> 極めて困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活に支障がある <input type="checkbox"/> 検討の余地あり <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により在宅生活の継続が期待できる <input type="checkbox"/> その他 ( )					<p style="text-align: center;">【参考項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の負担感</li> <li><input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい</li> <li><input type="checkbox"/> 殆どかわっていない</li> <li><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</li> <li><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</li> <li><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</li> <li>・ 意思疎通</li> <li><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難</li> <li><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない</li> <li><input type="checkbox"/> 特に問題はない</li> <li>・ 入所について</li> <li><input type="checkbox"/> 強く拒否している      <input type="checkbox"/> 拒否傾向</li> <li><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</li> <li><input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している</li> <li><input type="checkbox"/> 同意している      <input type="checkbox"/> 強く望んでいる</li> </ul>					
<p style="text-align: center;">【在宅生活に支障のある状況】</p> <input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなくその利用が困難 <input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 病院等の入所者で帰る家がない <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて在宅サービスを自費負担しているなど経済的理由 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<p>【特記事項】 施設入所が必要な状況等</p>										