**特別養護老人ホームなごみ苑入所申込書【ご家族記入】**

申込日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | 性別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 現住所 | 電話番号（　　　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者 | 隠岐広域連合 | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 | 要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定期間 | 年　　月　　日　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |

【本人の状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 1.現　　　　況 | □　自宅で一人暮らし　　　　□　自宅で家族と暮らしている  □　特養などの施設、病院に入っている(利用している方は記入してください)  　　◇　施設名または病院名：  　　◇　所在地：  　　◇　入所又は入院期間：　　　　年　　月　　日から入所、入院している |
| 2.入所を希望する理由 | □　介護する家族がいない  □　介護者が高齢、病気、就労  □　家族はいるが、介護が困難 |
| 3.入所希望時期 | □　今すぐ入所したい　　□　令和　　年　　月　　日頃までに入所したい |
| 4.医療状況 | □　経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素　□インシュリン注射　□その他  　　　◇現在治療中の病名：  　　　◇病院名：　　　　　　　　　　　　◇主治医： |
| 5.障害状況 | □　障がい名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　種　　　級 |
| 6.申込状況 | □　当該施設のみ申込み  □　他の施設も申し込んでいる、または申込む予定  　　　◇申し込んでいる方は記入してください  　　　　１．　　　　　　　　　　　　　２． |

【申込者連絡先】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ㊞ | 生年月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 住　　所 | 電話番号（　　　　　　）　　　－ | | | | |
| 同居の有無 | * 同居している　　　　　□　別居している | | | | |
| 家族からの  意　見 |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **担当ケアマネージャー** |  |
| **事業所名** | **在宅介護支援センター** |
| **連絡先電話番号** | **（　　　　　　　）　　　－** |

**特別養護老人ホームなごみ苑入所調査票【ケアマネージャー記入】**

調査年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 |  | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住所 | 電話番号（　　　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | | 事業所名 | | 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | |
|  | |  | | （　　　　　　　）　　－ | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 評　価　基　準 | 点　数 |
| 本人の状況 | 要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ |  |
| 認知に伴う問題行動の有無（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 介護の必要性 | * ８割以上１０割 |  |
| * ６割以上８割未満 |  |
| * ４割以上６割未満 |  |
| * ２割以上４割未満 |  |
| * ２割未満 |  |
| 家族の状況 | * 介護する家族がいない |  |
| * 介護者が高齢、病気、就労 |  |
| * 家族はいるが、介護が困難な状況 |  |
| 入所・入院中の状況 | 居宅での生活が困難なため、他の介護保険施設等に入所している |  |
| 合　　　　　計 | |  |

☆同居家族(いる方のみ記入)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 年　齢 | 続　柄 |  | 氏　　　名 | 年　齢 | 続　柄 |
| １ |  |  |  | ４ |  |  |  |
| ２ |  |  |  | ５ |  |  |  |
| ３ |  |  |  | ６ |  |  |  |

☆近親者の状況(同居家族のいない方のみ記入)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 年　齢 | 続　柄 | 住　　　所 | 電話番号 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

☆連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　名 | 年　齢 | 続　柄 | 住　　　所 | 電話番号 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

注）☆の3項目のうち、主たる介護者には氏名の後に◎を記入

|  |
| --- |
| ケアマネージャーの意見（施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入） |