

特別養護老人ホームなごみ苑入所申込用紙【ご家族記入】

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ			性別		生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	
氏名								
現住所					電話番号			
保険者			被保険者番号					要介護度
要介護認定期間								

【本人の状況】

1. 現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設・病院に入っている方 利用している方は記入して下さい ◇施設名又は病院名 : ◇所在地 : ◇入所又は入院期間 : 令和 年 月から入所(入院)している
2. 入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する家族がいない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが介護が困難
3. 医療状況	<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"/> その他 ◇介護保険に関する病名: ◇病院名 :    ◇主治医 :
4. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名 : <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 :
5. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または申し込む予定 申し込んでいる方(予定含む)は記入ください 1 : 2 :

【ご親族連絡先】

氏名		続柄		生年月日	大・昭・平 年 月 日
住所			電話番号		
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居だが同敷地内にて生活				
家族からの意見					

担当ケアマネージャー			
事業所名		電話番号	

受付印	
-----	--

特別養護老人ホームなごみ苑入所調査表【ケアマネジャー記入】

調査年月日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	被保険者番号				
氏名		男・女					
担当ケアマネジャー氏名		事業所名			電話番号		

項目	評価基準					点数
	要介護1 (2)	要介護2 (4)	要介護3 (7)	要介護4 (14)	要介護5 (17)	
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症老人自立度	自立・I・II・III・IV・M					
問題行動	自傷行為、夜間せん妄、興奮、大声、奇声、徘徊、攻撃的行為、不潔行為、摂取異常、弄火など					(3)
特別な医療行為	点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処理、酸素療法、気管切開、気管切開の処置、経管栄養など					(3)
介護の必要性 (直近3カ月の実績)	<input type="checkbox"/> 8割以上10割未満					(10)
	<input type="checkbox"/> 6割以上8割未満					(8)
	<input type="checkbox"/> 4割以上6割未満					(6)
	<input type="checkbox"/> 2割以上4割未満					(4)
	<input type="checkbox"/> 2割未満					(2)
	*3ヶ月以上の入院者及び老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、グループホーム入所者					(6)
家族の状況	<input type="checkbox"/> 独居					(17)
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが、病気等により介護が困難な状況					
	<input type="checkbox"/> 独居ではあるが島内に介護者がいる					(15)
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢者(70歳以上)または介護を必要とする者が2人以上いる					
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労(常勤)					(13)
<input type="checkbox"/> 介護者が自宅にいる					(11)	
合計						

【同居家族】(ある方のみ記入して下さい)

	名前	年齢	続柄	住所	電話番号
1					
2					
3					

【近親者の状況】(同居家族以外の方を記入して下さい)

	名前	年齢	続柄	住所	電話番号
1					
2					
3					

【ケアマネジャーからの意見:施設入所の必要性・緊急性等について、状況の詳細を記入】