

# 地域密着型介護老人福祉施設 第三竹の里園 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
※特列入所の事由の有・無				
<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		

住所：〒	-
氏名：	
電話： ( )	

地域密着型介護老人福祉施設 第三竹の里園に入所したいので、次のおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)	地域密着型介護老人福祉施設 第三竹の里園	※保 険 者	和歌山市	
本人の状況	(フリガナ)	性 別	被保険者番号	
	氏 名	男・女	要介護度	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護 認定期間	
	現住所	〒 -		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名または病院名： _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期： _____ 年 月から入所・入院している		
	入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい		
	医療の状況	<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( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】		
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 精神障害		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )		
主たる介護者	(フリガナ)	性 別	本人との関係	
	氏 名	男・女	生年月日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所： _____ )		
	意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		
今後、施設への入所を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である市町村、若しくは和歌山県)に報告することに異議なく同意します。				
令和 年 月 日				
本人又は介護者の氏名： _____ 印 _____				

※「特列入所の事由の有・無」欄で「有」となる場合は裏面にその事由について記載して下さい。  
 ※「保険者」欄は「介護保険被保険者証」に記載の保険者の名称を転記して下さい。  
 ※「介護保険被保険者証(写)」・直近3か月分の「サービス利用票(写)」及び「サービス利用票別表(写)」を添付して下さい。

# 地域密着型介護老人福祉施設 第Ⅲ竹の里園 入所調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者	和歌山市	3	0	2	0	1	8

ケ ア マ ネ ジ ャ ー 日 見 入 欄  (記入日)	事業所名		連絡先電話番号		
	担当ケアマネジャー氏名		職 種	介護支援専門員	
	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合 計
	1・2 3・4・5	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・ Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 介護者有	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	点
<p><b>【本人の心身の状況】</b></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"/> 視覚・聴覚若しくは言語機能に重度の障害がある <input type="checkbox"/> 重度の知的又は精神障害がある <input type="checkbox"/> その他( )					
<p><b>【介護者の状況】</b></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><b>【在宅生活継続の可能性】</b></p> <input type="checkbox"/> きわめて困難 <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"/> 検討の余地有り <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><b>【在宅生活に支障のある状況】</b></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(ナットケア等)が受けられない <input type="checkbox"/> 施設や病院等の入所(入院)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"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる <input type="checkbox"/> その他( )					
<p><b>【住環境】</b></p> <input type="checkbox"/> 住環境の事情により十分な介護が困難(住居が狭いなど) <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"/> 施設や病院等から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他( )					
<p><b>【参考項目】</b></p> ・家族の負担感 <input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> ほとんどかかわっていない <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して何とか <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用により順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題はない <input type="checkbox"/> 特に問題はない ・入所についての本人の意思 <input type="checkbox"/> 強く拒否している <input type="checkbox"/> 拒否傾向 <input type="checkbox"/> 意思確認が困難 <input type="checkbox"/> 希望はしていないが同意している <input type="checkbox"/> 同意している <input type="checkbox"/> 強く望んでいる					
<p><b>【特記事項】</b></p>					

ケアマネジャー記入欄	年	医療の必要性	
		同居以外の親族 や援護者の有無	
	月	在宅介護の可能性 ・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
	日 (記入日)	住環境の状況	
		その他	

入所申込書受付日: 年 月 日		受付番号		入所日: 年 月 日		
施設 記 入 欄	年	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	<input type="checkbox"/> 単身	%	
		3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	<input type="checkbox"/> 介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	
			点	点	点	
	月	(評価すべき個別的事項等)				
		日(記入日)				
施設 記 入 欄	年	要介護度	認知症の状況	介護者の有無	在宅サービスの利用率	合計
		1・2	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・	<input type="checkbox"/> 単身	%	
		3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	<input type="checkbox"/> 介護者有	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中	
			点	点	点	
	月	(評価すべき個別的事項等)				
		日(記入日)				

## 特例入所の要件に該当する事由について

● 該当する事由に印をつけてください。

- 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
- 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が頻繁にみられる
- 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 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きたいでえず、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

● 該当する事由の具体的内容について記入して下さい。

● 備 考