



今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

(家族等代理の方の場合) 申込者連絡先	氏名:	続柄	申込日	平成	年	月	日
	〒 -		受付日	平成	年	月	日
	住所:		受付番号		担当者名		
	電話:		法人名	社会福祉法人 泉尾特別養護老人ホーム 泉尾支部大阪府済生会			
			入所申込施設名	泉尾特別養護老人ホーム 第二大正園			

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)				
	氏名	男・女	被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください			
	自宅住所	〒 -	電話番号	市外局番 ()			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: 平成 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ください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 <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ため <input type="checkbox"/> その他()					
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難					
	在宅介護継続期間	年 月 日	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無			
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月
短期入所療養介護		日/月					
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内						
利用している居宅介護支援事業者名	電話: ()	担当ケアマネジャー氏名					

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関名 _____ 【特記事項】
	他施設への申込状況	<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 () () () ◇ 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ か月

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 _____ 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者氏名		男・女	満歳		住所
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注: 身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)				
同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無 電話番号 _____ 市外局番 _____ ()					
入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____						

同意書	今後、指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]への入所申込者の状況を調査するため、この申込書の内容の中から次の事項を大阪市に報告することに同意します。 (報告事項: 施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____ (印)
	今後、この申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格の変更及び他の特別養護老人ホームに入所した場合、大阪市から施設に対し、本人の情報を知らせることに同意します。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____ (印)

施設処理欄	入所日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	面接日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	健康診断	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	辞退	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (理由: _____)		

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

記入例

(家族等代理の方の場合) 申込者連絡先	氏名: 大阪 ○郎	続柄	長男	申込日	平成 1 5 年 4 月 1 日
	〒 5 3 0 - × × × ×			受付日	平成 年 月 日
	住所: 大阪市北区中之島1丁目			受付番号	担当者名
	○○番○○-○○○○号			法人名	
電話: 06-xxxx-xxxx			入所申込施設名		

指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕に入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(フリガナ)	オオサカ ○○コ		性別	男	保険者(番号)	大阪市	2 7 1 0 0 7
	氏名	大阪 ○子		性別	女	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	生年月日	明・大・昭	4年 2月 1	(88歳)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	要介護認定期間	平成 14年 12月 15 日から 平成 15年 12月 14 日まで		認定申請予定日	平成 年 月 日	※未申請の方は記入してください		
	自宅住所	〒 5 3 0 - × × × × 大阪市北区中之島1丁目○○番○○-○○○○号		電話番号	市外局番 06 (xxxx) xxxx			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 「特養などの施設や病院に入っている方」は記入してください。 ◇ 施設名又は病院名: _____ ◇ 所在地(市区名のみ) _____ ◇ 入所又は入院期間: 平成 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ください。)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため。 <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ため <input type="checkbox"/> その他()						
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否してる <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難						
	在宅介護継続期間	3 年 4 か月	居宅サービスの利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (下記「申込日前月に利用中のサービス」についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無				
	申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月	
		訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	8 回/月	
		通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	12 日/月	
		短期入所療養介護	日/月					
	入所希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3か月以内) <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内						
利用している居宅介護支援事業者名	居宅介護支援事業所△△		担当ケアマネジャー氏名	淀川 ○○				
	電話: 06 (xxxx) xxxx							

本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 <u>高血圧症</u> 受診している医療機関名 <u>〇〇診療所</u> 【特記事項】 <u>老人性痴呆症</u>		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input checked="" 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 (<u>〇〇苑</u>) () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () () () ◇ 特養待機期間(他施設も含む) 年 月 日		

主たる介護者の状況	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 親 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他()計 人				
	(フリガナ)	<u>オオサカ〇〇エ</u>	性別	年齢	本人との関係	続柄(長男の妻) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる介護者氏名	<u>大阪〇江</u>	男・女 <u>女</u>	満 50 歳		住所 <u>申込者と同じ</u>
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください) (例) <u>妻はパートで、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、母の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が顕著になり、私も妻も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。</u>				
同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input checked="" type="checkbox"/> 親族・援助者無					

入所の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。

平成15年 4月 1日

氏名: 大阪〇郎

同意書	今後、指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]への入所申込者の状況を調査するため、この申込書の内容の中から次の事項を大阪市に報告することに同意します。 (報告事項:施設名、被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期) 平成15年 4月 1日 氏名: <u>大阪〇子</u>
	今後、この申込内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格の変更及び他の特別養護老人ホームに入所した場合、大阪市から施設に対し、本人の情報を知らせることに同意します。 平成15年 4月 1日 氏名: <u>大阪〇子</u>

施設処理欄	入所日	平成 年 月 日			
	面接日	平成 年 月 日	健康診断	平成 年 月 日	
	辞退	平成 年 月 日	(理由:)		

注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」・「直近3か月分のサービス利用票及び別表」の写しを添付してください。

注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。

注4 入所希望時期については、入所決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

※1 「申込日」: 申込者が施設へ提出した日(郵送により提出した場合は投函日)

※2 「受付日」: 特別養護老人ホームが受け付けた日

※3 「申込者」: 本人又は本人を代理する家族等になります。

本人等の記入が困難な場合には、ケアマネジャー等が代筆することも可能です。

(ケアマネジャー等が代筆される場合は、代筆者の名前を右肩に併記してください。具体的な記入例は下記のとおり)

(代筆者: ケアマネジャー〇〇〇〇)			
標準様式1 大阪市 指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]入所申込書兼台帳			
今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。			
氏名:	大阪 〇郎	続柄	長男
申込日	平成	15 年	4 月 1 日

※4 「要介護度」「要介護認定期間」: 被保険者証に記載されている内容を記入してください。

区分変更、更新申請中の場合は現在の認定結果を記入してください。結果がわかり次第施設にご連絡ください。

※5 「現況」: 該当するもの、いずれか1つに” v ”を記入してください。

施設や病院に入所(院)されている方は、施設や病院の名称、所在地、電話番号、入所又は入院の時期を記入してください。

痴呆性高齢者グループホームに入居されている方や、有料老人ホーム、軽費老人ホーム等で特定入所者生活介護を受けている方もこの欄に記載してください。

※6 「入所申込理由」: 該当するものすべてに” v ”を記入してください。

※7 「本人の入所意向」: 該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

※8 「在宅介護継続期間」: 在宅サービスの利用の有無にかかわらず、在宅で介護された期間を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

※9 「居宅サービスの利用の有無」: 該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

現在、他の介護保険施設や病院に入所(院)中の方は空欄で結構です。

”有”に記入された場合は、「申込日前月に利用中のサービス」の欄に記入してください。

※10 「申込日前月の利用中のサービス」: 該当するすべてについて、前月1か月間に利用した回数を記入してください。

「福祉用具貸与」については、品目数を記入してください。

「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」については、利用日数の合計を記入してください。

※11 「入所希望時期」: 参考までに該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。

”1年以上”の場合は、何年以内か数字を記入してください。

※12 「居宅介護支援事業者名」: 直近3か月で利用した居宅介護支援事業者の名称、電話番号、担当ケアマネジャーの氏名を記入してください。

また、居宅介護支援事業者を利用されておられず、担当のケアマネジャーや、その役割を果たされる方(入院されておられる場合、入院先の医療ソーシャルワーカーの方等)がおられない場合は空欄で結構です。

※13 「医療の状況」:該当するものに” v ”を記入してください。(複数でも結構です)
”その他”に記入した場合は、その内容を()内に可能な限り具体的に記入してください。
”現在治療中の病名”は主な傷病を記入してください。

※14 「他施設への申込状況」:該当するものいずれか1つに” v ”を記入してください。
”他の施設にも申し込んでいる”の場合は、既に申し込んでいる施設、また、今後申し込む予定の施設名を記入してください。
”特養待機期間(他施設も含む)”については、最初に申し込んだ時点からの期間を記入してください。
申し込んでおられる病院が介護保険の指定介護療養型施設として指定されているかどうかわからない場合は、『病院』として記入してください。

※15 「家族構成」:主たる介護者の家族構成を記入してください。

※16 「主たる介護者」:主に介護を行っている方について記入してください。

他の介護保険施設や「病院等に3か月以上入所(院)中など、主たる介護者が特定できない場合は、介護者の欄は空欄で結構です。ただし、3か月以内の入所(院)の場合で、自宅で主たる介護者が特定できる場合は介護者を記入してください。なお、養護老人ホームや軽費老人ホームに入所されている方は空欄で結構です。

※17 「本人との関係」:主たる介護者が申込者と異なる場合は、主たる介護者から見た関係を記載してください。

※18 「意見等」:在宅生活を継続することが、困難な事情等を具体的に記載してください。

※19 「同居以外の親族や援護者等の有無」:該当するもの、いずれか1つに” v ”を記入してください。

※20

「同意欄」:本制度の運営につきましては、特別養護老人ホームへの入所の必要性が高い方々の優先的な入所を円滑に進めることを目的として、皆さまの申し込み内容に基づき行政機関が必要に応じて連携して適切な対応をすることとしております。
どうか本制度にご理解をいただき、同意欄に記載している申込者の被保険者番号、氏名、生年月日、住所(居所)、入所希望時期を、市町村等に報告することについてご同意をいただきますようよろしくお願いいたします。
なお、この申込書に記載されている情報につきましては、個人情報取扱に関する法令、大阪府や大阪府が定めた条例等に基づき、申込者個人のプライバシーに関する情報として厳正に管理されますことを申し添えます。
なお、大阪市から申し込まれている施設に情報提供する内容は、同意欄に記載しているこの申込書に記載した内容のうち、住所、要介護度、介護保険被保険者資格に変更があった場合と、他の特別養護老人ホームに入所された場合に、参考として情報提供するものです。これらの情報は変更があれば申し込みされた方から施設のほうにお知らせいただきたい内容ですが、かならずしもお知らせいただけていないのが現状です。各施設におきましては、これらの情報を基に申込者の意思等の再確認をさせていただくこととなりますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名		被保険者番号							
受付番号		保険者(番号)							

居宅介護支援事業者等名称				連絡先電話番号	()						
担当ケアマネジャー等氏名				職 種							
要介護度	世帯の状況			在宅サービスの利用率	地域性		合計				
	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯		%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市						
				<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中							
				点	点	点	点				
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 記 入 欄	年 月 日 入 日 V	意 見 欄	本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <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・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <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()							
			世帯の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者は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()							
			在宅生活継続の可能性	<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()							
			在宅生活に支障のある状況	<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()							
			住環境	<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"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他()							
			参考事項	家族の負担感	<input type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用してしているが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない						
				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ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない						
特記事項	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"/> 意思疎通が困難 <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									

施設名		入所申込書受付日	平成 年 月 日
施設受付番号		入所日	平成 年 月 日

施設記入欄	年 月 日 入記入日 V	医療の必要性	
		同居以外の親族や援護者の有無	
		在宅介護の可能性・介護者の事情	
		家族の介護負担感	
		住環境の状況	
		その他	

施設記入欄	年 月 日 入記入日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					
	年 月 日 入記入日 V	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	% <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		
			点	点	点	点	
		【評価すべき個別的事項等】					

大阪市 指定介護老人福祉施設〔特別養護老人ホーム〕入所選考調査票

入所申込者(本人)氏名	大阪 ○子	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
受付番号		保険者(番号)	大阪市 2 7 1 0 0 7

居宅介護支援事業者等名称	居宅介護支援事業所△△		連絡先電話番号	06 (××××) ××××		
担当ケアマネジャー等氏名	淀川 ○○		職 種	ケアマネジャー		
要介護度	世帯の状況	在宅サービスの利用率	地域性	合計		
1・2・ ③・4・ 5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <small>高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯</small> <input checked="" type="checkbox"/> その他の世帯	% 85 <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市			
	30 点	35 点	5 点	70 点		
ケ ア マ ネ ジ ャ ー 日 意 見 欄	本人の心身の状況	認知症の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 常時の介護や見守りが必要である <input checked="" 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・排せつ・入浴等日常生活全般を通じ介護が必要である <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 ()				
	世帯の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が全くいない <input type="checkbox"/> 介護者はいるが他に介護や育児が必要な者がいる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 同居の介護者がいる(3人) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	在宅可能生活継続	<input type="checkbox"/> 極めて困難 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅サービスを利用して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 ()				
	在宅生活に支障	<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 ()				
	住環境	<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"/> 施設や病院から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他 ()				
	参 考 事 項	家族の負担感	<input checked="" type="checkbox"/> 介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用してはいるが介護疲れがある <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調 <input type="checkbox"/> 殆ど関わっていない			
		意思疎通	<input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は困難 <input checked="" type="checkbox"/> 家族など慣れた人なら問題ない <input type="checkbox"/> 特に問題ない			
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 checked="" type="checkbox"/> 意思疎通が困難 <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				
特記事項						

- ※1 「入所申込者(本人)氏名」: 指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】入所申込兼台帳の本人の状況に記入されている氏名を記入してください。
- 「被保険者証番号」「保険者」: 介護保険被保険者証等の内容を記入してください。
- ※2 「担当ケアマネジャー」: 居宅介護支援事業所等のケアマネジャーの氏名を記入してください。
- 介護保険施設や病院等に入所・入院中の場合は、介護老人保健施設等のケアマネジャーのほか相談員、医療ソーシャルワーカー等、本人の状況をよくご存知の方が記入してください。
- 「職種」: ケアマネジャー、相談員、看護師長、医療ソーシャルワーカー、精神医学ソーシャルワーカー等
- ※3 「要介護度」: 原則として介護保険被保険者証に基づき記入してください。
- 「世帯の状況」: 同居の介護者の有無により、「単身世帯」か「高齢者のみ世帯で介護者が要支援以上の世帯」か「その他の世帯」を選択してください。この場合において、障害者が介護者などの理由で実質的に介護ができていない事例については、「介護者の状況」や【特記事項】の欄にその内容を記入してください。
- 「在宅サービスの利用率」: 直近3か月の平均利用率により記入してください。
- 「点数」: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)の点数を記入してください。
- 他の介護保険施設や病院等に入所(入院)中の方は、『口入所・入院中』の項目に“”を記入してください。
- なお、当該施設から退所(退院)を求められ、かつ、在宅復帰が極度に困難な方については、入所選考指針の基本的評価基準(別添)の点数(25点)を適用してください。ただし、入所・入院直前の在宅サービスの利用率が60%以上の場合には、その率に該当するものを記入してください。
- 「地域性」: 『大阪市内』『隣接市町村』のいずれかに該当する場合は、記入してください。点数欄には、入所選考指針の(別表)基本的評価基準の点数を記入してください。
- 隣接市町村: 豊中市・吹田市・摂津市・守口市・門真市・大東市・東大阪市・八尾市・松原市・堺市・尼崎市
- ※4 「意見欄」: 該当するものを、いずれか1つに“”を記入してください。
- 該当する選択肢がない場合はその他に“”を記入し、()内にその具体的内容を記入してください。
- 原則として要介護認定調査票の内容を記入してください。要介護認定調査票が添付されていない場合は、申込者の状態に基づき、ケアマネジャーが可能な範囲で記入してください。
- 【参考項目】: 各項目ごとに該当するものいずれか1つに“”を記入してください。
- 【特記事項】: 入所選考指針の基本的評価基準(別添を参照してください。)では反映されない事項で、特に配慮しなければならない個別の事情等について、具体的に記入してください。

施設名		入所申込書受付日	平成	年	月	日
施設受付番号		入所日	平成	年	月	日

施設記入欄	年	医療の必要性	
	月	同居以外の親族や援護者の有無	
	日	在宅介護の可能性・介護者の事情	申込書を受けた特別養護老人ホームのケアマネジャーや生活相談員が入所選考にあたり、特別に配慮しなければならない個別の事情と判断されることを記載してください。
	日	家族の介護負担感	
	日	住環境の状況	
	日	その他	

施設記入欄	年	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計	
		月	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市	
				点	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	点	点
	日	日	【評価すべき個別の事項等】				
	日	日	要介護度等本人の状況の変化があった場合に記入してください。				
	日	日	要介護度	介護者の有無	在宅サービスの利用率	地域性	合計
月	月	1・2・3・4・5	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみで介護者が要支援以上の世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	%	<input type="checkbox"/> 大阪市内 <input type="checkbox"/> 隣接市		
			点	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	点	点	
日	日	【評価すべき個別の事項等】					