

## 〇〇新規入所申込みをされる方へ〇〇

### 申込みに必要な書類

- ① 特養入所希望者調査票（様式 1・様式 1-裏面）
- ② 身体状況調査票
- ③ 介護支援専門員等意見（様式 2）
- ④ 介護保険被保険者証、負担割合証コピー

以上 4 部をご提出ください。

※「介護支援専門員等意見」につきましては、必ず下記の担当の方に記入して頂き、ご提出ください。

申込者の生活のお住まい	記入して頂く方
ご自宅	居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャー
特養・老健・介護療養型医療施設・介護医療院、グループホーム・指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の生活相談員・支援相談員・ケアマネージャー等
医療機関(介護療養型医療施設を除く)	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・ケアマネージャー等
その他	上記に準ずる職種の方

※「特別養護老人ホームルーエハイム入所基準」をお渡しいたしますので、ご覧いただきまして、ご理解とご協力の程よろしくお願い致します。

ご不明な点などございましたら、担当までお問い合わせください。

〒510-0266

三重県鈴鹿市長法寺町字権現 763 番地

TEL (059) 372-3811

FAX (059) 372-3814

担当 : 窪田・小池

(様式1)

新規申請

特養入所希望者調査票

申込者	ふりがな	申込受付日		年 月 日					
	氏名	被保険者番号							
	生年月日			性別	男 ・ 女				
	住民登録地	都・道 府・県	市・ 町・村						
家族等の 連絡先	〒								
	住所	電話		( )					
	氏名	携帯		( )					
本人及び介護者の状況			該当に ○をつ ける	点数					
				1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
要介護度	要介護5	40点							
	要介護4	40点							
	要介護3	20点							
	要介護2	10点							
	要介護1	5点							
	認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動あり(要介護1～3のみ加算)	10点							
介護の必要性	①身体的理由または認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動のための在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が、利用上限単位数の平均の		/						
	6割以上	30点							
	4割以上6割未満	20点							
	4割未満	10点							
	②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)								
家族等介護者の 状況	①単身								
	②高齢者世帯、介護者が虚弱等								
	③介護者が就業中・複数の人を介護している等		10点						
合 計				点	点	点	点	点	点
入所希望時期	<input type="checkbox"/> なるべく早く	居室希望	多床室	従来型 個室	ユニット型 個室	無し			
	<input type="checkbox"/> 年 月 頃		(2人部屋・4人部屋)						
特例入所対象者 (要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該 当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症	保険者市町 意 見	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当				
	<input type="checkbox"/> 非 該 当		<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等						
			<input type="checkbox"/> 虐待の疑い						
			<input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況						
他の特別養護老人ホーム への申込み状況		1 申し込んでいる			2 申し込んでいない				
		(申し込んでいる場合の施設名)							
緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)									
総合評価									
調査票記入者		<p>私は、次の事項について施設より説明を受けました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所申し込みから入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について</li> <li>・入所順位決定法について</li> <li>・入所の順位見直しについて</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄 ( )</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>							

※裏面のご記入もお願いします。

(様式1-裏面)

現在お住まいの場所	①自宅		
	②病院	病院名	
	③特養以外の施設	施設名	

上記で①にチェックされた方

居宅介護支援事業所	
担当ケアマネージャー	

家族の状況

①氏名(フリガナ)	続柄	年齢	性別	住所 電話番号	同居・別居
②氏名(フリガナ)	続柄	年齢	性別	住所 電話番号	同居・別居
③氏名(フリガナ)	続柄	年齢	性別	住所 電話番号	同居・別居

家族等介護者の状況

※申込者の家族介護状況について該当するもの1つ印を付けて下さい。他施設へ入院・入所中の方は、退院(退所)後に自宅へ帰られた際に想定される家族介護状況について該当するもの1つに印を付けて下さい。

<input type="checkbox"/>	ア.一人暮らしであるため、介護を行なう者がいない。	
<input type="checkbox"/>	イ.①高齢者世帯(世帯全員が65歳以上)であり、介護が困難。	
<input type="checkbox"/>	イ.②介護を行なう者が病弱、要介護状態、障害があるなどの理由により十分な介護を行なうことが困難。	
<input type="checkbox"/>	ウ.①介護を行なう者が複数の介護や育児を行なっている状況にあり、十分な介護が困難。	
<input type="checkbox"/>	ウ.②介護を行なう者が就労しているため、十分な介護が困難。	
<input type="checkbox"/>	エ.その他【(ア～ウ以外の方)】	1

入所希望理由

※申込者の方についての現況やご本人及びご家族がお困りになっていることについて何でも結構ですのでお書き下さい。

--

※介護保険被保険者証・負担割合証のコピーを添えて、提出していただきますようお願い致します。

令和 年 月 日

(ふりがな) 利用者氏名	性別 男・女
住所	
電話番号	生年月日

(ふりがな) 主介護者氏名	続柄
住所	
〒	
電話番号	

家族図

本人・・・回◎  
 男性・・・□  
 女性・・・○  
 死亡・・・■●  
 主介護者 ←

※	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで
	介護保険被保険者番号	
	保険者	
	要介護度	要介護5・4・3・2・1
	担当ケアマネジャー	

通院・入院場所	主な病歴	発病年月	期間

各介護保険施設利用歴	入所・利用開始日	退所・利用終了日
	~	
	~	
	~	

身体状況	視力	普通・やや弱視・全盲
	聴力	普通・やや難聴・難聴
	歩行	普通・少し可能・不可能
	上肢	自由・困難・不能(左・右)
	下肢	自由・困難・不能(左・右)
	食事	
	排尿・便	自立・一部介助・全介助
入浴	リハビリパンツ・おむつ・その他 一般浴・機械浴	

精神状況	記憶障害	軽度・中度・重度
	失見当	軽度・中度・重度
	徘徊	軽度・中度・重度
	不潔行為	軽度・中度・重度
	その他	

備考・近況
-------

## 介護支援専門員等意見

(R 年 月 日現在)

入所申込者氏名	
被保険者番号	

1. 在宅(現在の居所)での介護の継続について(いずれかに○)
- ( )現在の状況で継続可能
- ( )居宅サービスの追加等で継続可能
- ( )在宅(現在の居所)での介護の継続は困難・・・下記に理由を記載

継続困難な理由

## 2. 特記事項

## (1)本人の生活等の状況

--

## (2)家族等介護者の状況

--

介護支援専門員等	事業所名  (TEL: )	氏名
----------	---------------------	----

注)この意見書は、申込者の生活拠点に応じて次の方が記入してください。

生活の拠点	記入する方
在宅	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
特養、老健、介護療養型医療施設、介護医療院、グループホーム、指定特定施設入居者生活介護事業所	当該施設の介護支援専門員
医療機関(介護療養型医療施設を除く)	医療ソーシャルワーカー等
養護老人ホーム	生活相談員・介護支援専門員等
その他施設	上記に準ずる職種の方