

入所の 必要性	<p>[※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）]</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない</p> <p>※該当する状況にチェックしてください（複数回答可）</p> <p>その他（自由記載）</p>
備考	

【施設記入欄】

お願い

・申込に必要な書類 ①～④は必須

①当申込書 ②調査票 ③被保険者証の写し ④主治医意見書

⑤直近3ヶ月のサービス利用表及び別表

⑥介護支援専門員等の意見書 ※⑤はサービス利用実績がある方のみ ⑥は任意提出

・入所申込者の要介護度や転居による住所変更など、本入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡がいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

調査票
(特別養護老人ホーム豊邑苑)

※太枠内は記入必須

記入日		平成	年	月	日	記入者	氏名		入所申込者との関係		
							所属名				
							所属住所	〒			
							電話	() -			
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	その他記入欄
	氏名					〇既往歴					
	現住所	〒									
	医療状況	主治医病院名					担当医師:				
		現在治療中の病名					〇身長・体重(月時点)				
		内服・処置など									
	在宅サービス利用率	()	%				※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計 ÷ 支給限度額合計] (小数以下四捨五入) により算出				
	入所申込者の状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲			着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			主: 副:	
			眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				<input type="checkbox"/> 全介助			トロミ: 有 無	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴			排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ			禁止食:	
		補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				(自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			治療食:		
意思疎通		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可			移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可			〇排泄特記		
食事の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 箸・スプーン ()			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			〇入浴特記		
	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	拘束: 要・否					
		入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		リスク	他対策:						
身体状況	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ()] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし								〇起居動作特記	
										寝返り: 可・不可	
										上体起こし: 可・不可	
状況等	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ())								端座位: 可・不可	
		療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())								立位: 可・不可	
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())									

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	○家族図
介護支援専門員等の意見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載) <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____) <input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____) <input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____) <input type="checkbox"/> その他 内容: _____) その他特記事項 介護上の留意事項等	施設記入欄

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。