

| | | |
|----------------------------|---|--|
| 入 所 の 必 要 性 | 【自由記述】 [※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)] | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 居室 の 希 望 | <input type="checkbox"/> 多床室(特別養護老人ホーム サンサンホーム・定員50名)を希望する。 <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型特別養護老人ホーム サンサンホーム・定員40名)を希望する。 <input type="checkbox"/> 多床室・個室ともに希望する。 | |
| 備 考 | 担当ケア マネージャー | <input type="checkbox"/> いる ※事業所名() 名前() <input type="checkbox"/> いない |

| |
|----------------|
| 【施設記入欄】 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

お願い

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。
連絡を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

特養サンサンホーム入所申込用

| | | | | |
|-----|------|---|-----------|--|
| 記入者 | 名前 | | 入所申込者との関係 | |
| | 所属 | | | |
| | 所属住所 | 〒 | | |
| | 電話 | | | |

記入日 年 月 日

| | | | | | | | |
|-------------|-----------|--|-----|--|-------|-------|--|
| 入所申込者の状況 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | 施設記入欄 | |
| | 名前 | | | | | | |
| | 現住所 | 〒 | | | | | |
| | 医療状況 | 現在治療中の病名 | | | | | |
| | | 主治医病院名・ 病院住所・ 担当医師名 | | | | | |
| 在宅サービス利用率 | () | ※申込日の属する月の前3か月について、[利用単位合計÷ % 支給限度額合計] (小数点以下四捨五入)により算出 | | | | | |
| 入所申込者の身体状況等 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声かけ誘導・一部介助・全介助) | | | |
| | 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 | | | |
| | 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 | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 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 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | 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"/> 精神障がい 有 <input type="checkbox"/> 知的障がい 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神障がい等に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし | | | | | |
| | 手帳の有無 | 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障がい名：) | | | | | |
| | | 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級：) | | | | | |
| | | 精神障がい者保健福祉手帳 <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・病気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) | |
| | 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) | |
| 介護支援専門員の意見 | <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 ----- ----- ----- ----- ----- | | |

※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方が記入してください。