

施設入所申込書

次のとおり、ラ・メール白山台への入所を申し込みします。

入所申込者 (本人)	フリガナ		性別	介護保険 被保険者 番号							
	氏名		男女								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1・2・3・4・5							
	自宅住所	〒		認定の 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで						
担当ケアマネジャー	事業所名										
	氏名										
	電話番号										
入所申込理由 (自宅で介護が 困難な理由)											
家族・関係者	氏名	続柄	同居/別居	連絡先(電話番号)	連絡順位						
			同・別								
			同・別								
			同・別								
申請者	フリガナ			続柄							
	氏名										
	住所			電話番号							

特例入所要件 (要介護1・2で入所を希望する場合は該当項目にシ点記入)※裏面意見書同意欄も確認・記入	<input type="checkbox"/>	認知症であるものであって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがあるがある
	<input type="checkbox"/>	知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる
	<input type="checkbox"/>	家族等による深刻な虐待が疑われていること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
	<input type="checkbox"/>	単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱であること等により家族等による支援が期待できず、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

【添付書類】

- ①介護保険証の写し
- ②入所申込者評価基準に係る意見書(ケアマネジャー記入)

【お願い】

※「要介護認定の見直し」や「他施設への入所決定」など状況に変化があった場合はお知らせください。

受付印 <small>※施設押印</small>

入所申込者評価基準に係る意見書

入所申込者(本人)氏名		性別	男・女	年齢	
被保険者番号					
介護支援専門員等記入欄					
事業所名					
担当者氏名		電話番号			
評 価 基 準					
要 介 護 度	日常生活自立度	知的障がいの有無	精神疾患(障がい)の有無		
1・2・3・4・5	Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
認知症、知的障がい、精神障がいに伴う症状や行動障害の頻度 頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~5回 <input type="checkbox"/> 週3~1回 <input type="checkbox"/> 月1回 具体的な症状・行動障害()					
在宅サービスの利用率 在宅サービスの利用内容	利用率: % <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 入院・入所中				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能多型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護				
介護者の状況 <input type="checkbox"/> 身寄りがいない等介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院する等の状況により介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障がいを有する等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っている等、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難					
【介護者の具体的状況(本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況等)】					
虐待(疑)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療行為	<input type="checkbox"/> 有 ()		
待機年数	<input type="checkbox"/> 5年以上 <input type="checkbox"/> 4年以上 <input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満				
身体状況等について 歩 行… <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食 事… <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食() 入 浴… <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排 泄… <input type="checkbox"/> 自力で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド 視 力… <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり() 聴 力… <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり()					
【特記事項】					

要介護1及び2の方で入所を希望する場合、申込書・意見書について、八戸市へ情報提供することに

同意する 同意しない 令和 年 月 日 入所希望者氏名 _____
代筆者氏名 _____ 続柄() _____

(以下は確認事項のため、申込時の提出は不要です)

●お申し込みから入所までの流れ

要介護3から5の方

- ①入所申込(申込書及び添付書類の提出)
- ②施設による申し込み受付
※必要に応じて施設職員による面談
- ③入所判定会議
※判定結果については、入所決定となった場合
のみ連絡をいたします。

(入所が決定した場合)

- ④サービス利用(入所)契約
- ⑤入所

要介護1・2の方

- ①入所申込(申込書及び添付書類の提出)
- ②施設による申し込み受付
※必要に応じて施設職員による面談
- ③八戸市との情報共有
※特例入所の事由等について、施設と八戸市は
情報を共有します
- ④入所判定会議
※③に関する八戸市からの意見を基に会議が行
われます。
※判定結果については、入所決定となった場合
のみ連絡をいたします。

(入所が決定した場合)

※施設は入所決定について八戸市へ情報提供し、意見を求めます。

- ⑤サービス利用(入所)契約
- ⑥入所