

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

入 所 申 込 書

ぬくもりの里 伊勢宮 施設長 様

入所申込申請者

ぬくもりの里 伊勢宮への入所を希望しますので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ							生年月日		
氏名							明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
現住所	郵便番号					電話番号			
被保険者番号							保険者名		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
	認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日								
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。				入所を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため			
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。					<input type="checkbox"/> 高年齢、障害、疾病等のため			
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。					<input type="checkbox"/> 就労しているため			
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である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。					<input type="checkbox"/> 育児等しているため			
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称							<input type="checkbox"/> 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため具体的に() <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> (その他詳細)	
	〒								
	担当者								
								入所希望時期	<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ
健康保険	種類								
年金の種類等	種類								
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他								
	利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 8:00～午後 6:00 (日中)				<input type="checkbox"/> 午後 6:00～午後 10:00 (夜間)			
		<input type="checkbox"/> 午前 6:00～午前 8:00 (早朝)				<input type="checkbox"/> 午後 10:00～午前 6:00 (深夜)			
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日～								
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	[現在治療中の病名]								
	()								
かかりつけ医 (病院名:) 担当医: ()									

過去の入所・入院状況	種類			年	月	日	～	年	月	日
	名称			理由						
	種類			年	月	日	～	年	月	日
	名称			理由						
入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項 (必ずご記載ください)	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。									
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () ()									
	() () () ()									
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () ()									
	() () () ()									
主たる介護者の状況	フリガナ				性別	生年月日				
	氏名				男・女	年 月 日生 (歳)				
	住所	〒				就労の有無	有 ・ 無			
		Tel				健康状態				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()									
家族等の状況	家族図			氏名	続柄	年齢	就労状況			

添付書類

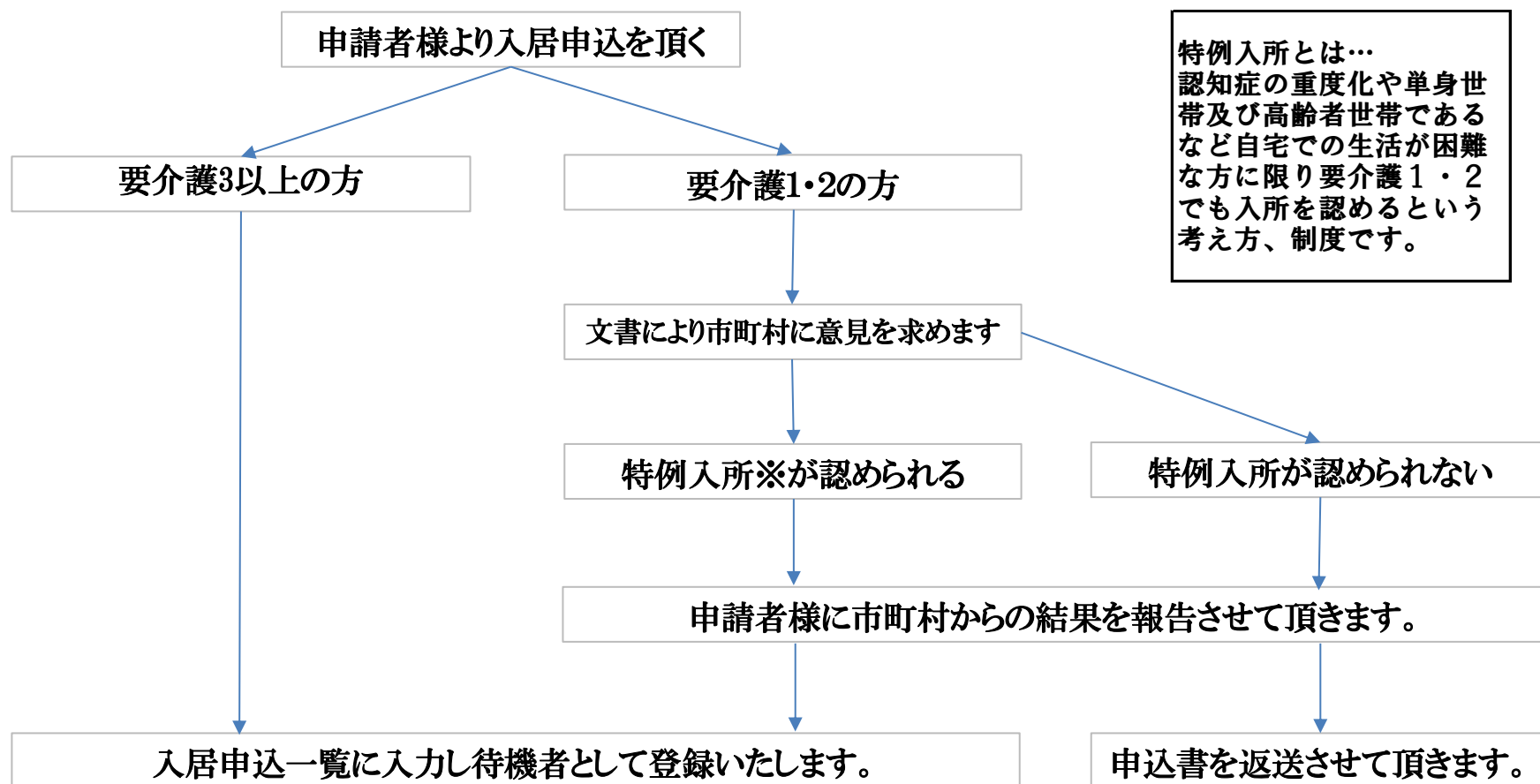
- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(写)
- 居宅サービス計画書など
- 必要に応じ、診断書及びケアマネジャーのアセスメント表など

説明確認欄 及び 個人情報取り扱いに関する同意欄	私は、入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 また、私は貴施設の入所申込・入所判定に関し必要な介護情報を、私が加入する保険者並びに関係する機関から提供を受けることについて同意いたします。									
	平成 年 月 日 入所申込者 氏名 _____ (印) 代筆者 続柄： 氏名 _____ (印)									

(本人の身体状況等)

項目		評価		※職員追記欄
食事	食事動作	自立	見守り 一部介助 全介助	
	食事内容	主食	普通・軟飯・粥・ミキサー	
		副食	普通・キザミ・みじん・ミキサー	
		制限食その他必要な食事の配慮について ()		
排泄	動作	自立	見守り 一部介助 全介助	
	仕様物品	オムツ	リハビリパンツ パット ポータブルトイレ (日中・夜間) トイレ	
入浴	動作	自立	見守り 一部介助 全介助	
	方法	普通浴槽	特殊浴槽 (寝たまま・座ったまま)	
	頻度	週	回程度	
整容	洗面 口腔	自立	見守り 一部介助 全介助	
	更衣	自立	見守り 一部介助 全介助	
移動動作	移動	自立	杖歩行 歩行器 車いす	
	動作	起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
		立ち上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
		椅子などの 座り替え	自立 見守り 一部介助 全介助	
心理	記憶障害	ない	・ ときどきある ・ ある	
	時間や場所などが	わかる	・ ときどきわからない ・ わからない	
	理解力	ある	・ ときどきない ・ ない	
	感情の起伏は	問題ない	・ 激しい	
コミュニケーション	視力	見える	見えにくい 見えない 眼鏡使用	
	聴力	聞こえる	聞こえにくい 聞こえない 補聴器使用	
	言語	問題ない	言葉が出辛い 言葉が出ない	

特例入所についてのフローチャート



要介護1・2の方については、介護度や介護者の急病など状況が変わった際にはご連絡いただければ改めて市町村へ確認させていただきます。

個別評価項目

1 介護度

評価項目	要介護度5	要介護度4	要介護度3	要介護度2	要介護度1
点数	20	17	13	9	5

2 認知症高齢者の日常生活自立度

評価項目	ランクM	ランクIV	ランクIII	ランクII	ランクI
点数	10	8	6	5	3

3 介護者等の状況

評価項目	単身であり、在宅では生活が困難	介護者がいるが、在宅での生活が困難	単身であり、在宅では生活が一部困難	介護者がいるが、在宅での生活が一部困難
点数	20	15	10	5

一部困難：日中の時間帯などの一部時間帯に限りサービス提供を現に受けている又は介護を要す。

4 在宅サービス利用率（過去3ヶ月の平均）

評価項目	80%以上	60%以上～80%未満	40%以上～60%未満	20%以上～40%未満	20%未満
点数	50	39	23	17	6

※算定対象サービス（介護予防を含む。）：訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与、通所介護、通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域支援事業訪問型サービス・通所型サービス 等

原則として、現在入院（入所）中の者は入院（入所）前の利用率を採用する。但し、要介護度の変更など個別事由、地域の実情に応じた設定も可能。

【構成割合】

身体の状態	30%
介護者等の状況	20%
在宅利用率	50%

（経過的措置）

入所申込時期

評価項目	3年以上	2年以上～3年未満	1年以上～2年未満	6ヶ月以上～1年未満	6ヶ月未満
点数	5	4	3	2	1