

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

## 別 所 温 泉 長 寿 園 入 所 申 込 書

別所温泉長寿園の管理者 あて

入所申込者

印

別所温泉長寿園に入所したいので、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入力し、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																			
	TEL																			
	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																			
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)																			
	(前月の介護保険利用実績 _____ 単位) (直近3ヶ月の平均 _____ 単位) ①																			
	(支給限度基準額 _____ 単位) ②    ①/② * 100 = (在宅サービス利用率 _____ %)																			
	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] ( _____ )																			

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	(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	〒				要介護認定の有無	有・無		
		TEL			要介護状態区分				
	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	備考			

添付書類

- 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」(写)
- 個人情報に関する同意書
- 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	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。  年 月 日 氏名
-------	---

# 入所調査項目評価表

記入日 年 月 日

入所申込者氏名	
代理人氏名	

「入所をご希望」の方は下記にご記入をお願い致します

I 現在の介護度に○印をお願い致します。

要介護度	(申請中)	1	2	3	4	5
------	-------	---	---	---	---	---

II 認知症による不適応行動がありましたら項目の左側に○印をお願い致します。(複数回答可)

認知症による 不適応行動	見えないはずの物が 見える	同じ話を繰り返す	外に出て戻れない	感情が不安定 (介護に抵抗 等)
	暴言 暴行	食べられないものを 口にする	火の不始末	
	不潔行為	むやみに物を集める	ひどい物忘れ	

III 各項目A、B、C欄いずれかの左側に○印をお願い致します。

評価項目		A	B	C
生活 状況	移動(歩行、車椅子)	介助なしでできる	一部介助を要する	全面的に介助を要する
	食 事	介助なしで食べることができる	一部介助を要する	全面的に介助を要する
	排 泄	介助なしで行える	一部介助を要する	全面的に介助を要する
	入 浴	介助なしで入れる	一部介助を要する	全面的に介助を要する
	着 替	介助なしで行える	一部介助を要する	全面的に介助を要する

IV 裏面の例を参考に、直近で利用されたサービス単数を必ずご記入ください。(ご利用がない場合は「0」とご記入ください)

サービス提供票に記載されている月間サービス単位数		単位
--------------------------	--	----

現在長期入院中、入所中の方で介護サービスをご利用でない方は下記にご記入ください。

他の医療機関に長期で入院中	はい ・ いいえ	病院名	
他の施設に入所中(特養以外の施設)	はい ・ いいえ	施設名	

V 主たる介護者・家族の状況

下記の項目に当てはまる欄に○印をご記入ください(複数回答可)

	評価項目	評価項目	記入欄	評価項目	記入欄	評価項目	記入欄	評価項目	記入欄
1	介護者の年齢・続柄	75歳以上		60歳以上		60歳未満			
2	介護者の介護負担	重い		やや重い		軽い		該当なし	
3	介護者の障害や疾病	介護困難		多少困難		介護可能		該当なし	
4	介護者の就労	就労不能 1日8時間以上		1日4～8時間		1日4時間未満		該当なし	
5	介護者の育児	常時の育児		半日程度		1日4時間未満		該当なし	
6	家族の病気	常時の看病		半日程度		突発的		普通	
7	介護者の介護への関わり方	介護拒否		非常に消極的		やや消極的		要支援	
8	他に要介護者がいる。	要介護5		要介護4.3		要介護2.1		該当なし	
9	他の同居介護補助者	殆どなし		随時あり		常時あり			
10	別居血縁者介護協力	殆どなし		随時あり		常時あり			

# 記入例

## サービス利用票別表

年 4月 3日

作成年月日

年 4月 3日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービス コード	単位 数	割引率		回数	サービス 単価/金額	償還支給限度 基準を超える 単位数	償還支給限度 基準内の単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内の単位数	単位数 単価	費用総額 施設/事業 所単分	負担率 (%)	施設/事業所 単分額	定額 利用者負担 施設/事業 所単分額	利用者負担 施設/事業 所単分	利用者負担 【金額 負担分】	
					率	単位数														
短期入所生活介護事業所 別温泉長寿園	2070300229	併設短期生活ⅠⅢ	:12131	722			12	8664												
短期入所生活介護事業所 別温泉長寿園	2070300229	短期生活夜勤職員配置 加算Ⅲ	:16123	15			12	180												
短期入所生活介護事業所 別温泉長寿園	2070300229	短期入所生活介護合計						(8844)					8844	10.00	88440	90	79536		8844	
短期入所生活介護事業所 別温泉長寿園	2070300229	短期生活サービス提供 体制加算Ⅲ	:16103	6			12	(72)					(72)	10.00	720	90	648		72	
短期入所生活介護事業所 別温泉長寿園	2070300229	短期生活処遇改善加算 Ⅰ	:16108					(740)					(740)	10.00	7400	90	6660		740	
区分支給限度基準額(単位)				26931	合計			8844				8844		96560		86904		9656		

### 種類別支給限度管理

サービス種類	償還支給限度 基準額(単位)	合計 単位数	償還支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	償還支給限度 基準額(単位)	合計 単位数	償還支給限度基準 を超える単位数
				合計			

この部分の数字を『月間利用(サービス単位数)』の欄にご記入ください

### 要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
141	12	153

# 同意書

別所温泉長寿園

施設長 浅田 奨太様

私は、施設入所申し込みにあたり、入所調査票の作成に関して、別所温泉長寿園が私の代理として、保険者および担当の介護支援専門員等から情報を取得することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

[代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_]

代理人 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_