

特別養護老人ホーム清流園(地域密着型も含む)入所申込書 (ご家族記入用)

多床室希望

個室希望

(保険者が出雲市の方)

【本人の介護認定情報】

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
申込者氏名		生年月日	大・昭 年 月 日生 ( ) 歳
現住所	〒 _____	電話番号	( ) - _____
保険者	<input type="checkbox"/> 出雲市 <input type="checkbox"/> 雲南市 その他( )	介護保険被保険者番号	_____
要介護度	申請中	要介護1.	要介護2. 要介護3. 要介護4. 要介護5.
要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

【本人の状況】

1. 現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ◆ <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している方は記入して下さい。 ・施設名又は病院名: _____ ・所在地(市町村名): _____ ・入所又は入院期間: _____ 年 _____ 月から入所・入院している
2. 入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 同居している家族がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・就労のため。 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難。
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)頃までに入所したい
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ◆現在の病名: _____ 感染症・アレルギー ◆病院名: _____ ◆主治医: _____
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名 _____ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
6. 申込状況	<input type="checkbox"/> 清流園のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他特養も申し込んでいる、又は申し込む予定は施設名に○印。 もくもく苑・ひまわり園・サテライト小山・天神・潮風苑・湖水苑・いなさ園・みせんの里・るんびにい苑・万田の郷・やまゆり苑・斐川サンホーム・なのはな園・かんべの里・かんの里・薫風園 その他( )

【申請者連絡先】

フリガナ		本人との続柄	生年月日	年齢	性別
氏名					男・女
住所	〒 _____	電話番号	( ) - _____	(携帯番号)	_____ - _____
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活				
家族からの意見	延命を、 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

◆裏面の「個人情報の使用に係る同意書」に記入と㊦をお願いいたします。

担当 ケアマネジャー		問合せ、見学等:
事業所名		
連絡先電話番号		

特別養護老人ホーム 清流園(地域密着型も含む) 入所調査票

(担当ケアマネジャー・施設相談員記入用)

申込日 年 月 日

対象者		被保険者番号							
現住所		電話番号							
担当ケアマネジャー		事業所名			連絡先電話番号				
					( ) -				

項目	評価基準	点数
本人の介護度 認知症での 問題行動	<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	点
	<input type="checkbox"/> 有 (有)の場合○を記入 その他( ) <input type="checkbox"/> 無 徘徊・大声・暴力・不潔行為・抵抗・異食・不穏・妄想	点
サービス 利用状況	介護保険の居宅サービス利用状況[過去3ヶ月]	点
	<input type="checkbox"/> 8割以上 <input type="checkbox"/> デイサービス 週 日 <input type="checkbox"/> 6割以上8割未満 <input type="checkbox"/> ヘルパー 月 回 <input type="checkbox"/> 4割以上6割未満 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 日 <input type="checkbox"/> 2割以上4割未満 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 月 回 <input type="checkbox"/> 2割未満 <input type="checkbox"/> 訪問看護 月 回	
入所・入院中 の状況	<input type="checkbox"/> 他の介護施設等に入所・入院中。(施設名: ) <input type="checkbox"/> 在宅	点
家族の状況	<input type="checkbox"/> 介護する家族がいない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難な状況	点
清流園得点	入所判定会議等での緊急性	点
合計		点

障害老人日常生活自立度	自立・J-1・J-2・A-1・A-2・B-1・B-2・C-1・C-2
認知症老人日常生活自立度【主治医】	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

介護者の急死や緊急入院、住居の立ち退き、住宅改修が困難である等の居住環境の問題点、その他特別な状況

要介護1・2のみ	<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回にある
<input type="checkbox"/> 特例入所	<input type="checkbox"/> 知的・精神障害を伴い日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さが頻回にある
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全安心の確保が困難な状態である
	<input type="checkbox"/> 単身世帯で、同居家族が高齢・病弱等により、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

同居家族 (いる方のみ記入して下さい)

	氏名	年齢	続柄		氏名	年齢	続柄
1				4			
2				5			
3				6			

連絡先・親戚者の状況 (同居家族のいない方のみ記入して下さい)

	氏名	続柄	住所	電話番号
1				
2				
3				

ケアマネジャーからの意見 (施設入所の必要性・緊急性等、家族状況の明細を記入して下さい)

今までの既往歴と現在の服薬内容

## 個人情報の使用に係る同意書(家族様記入)

以下に定める条件のとおり、私( )および代理人( )は、社会福祉法人静和会が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1、利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2、利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者その他社会福祉団体等と連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会談、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

### 3、使用条件

- (1) 個人情報の提要は必要最低限としサービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用し会議の内容や相手方などについて経過を記録し請求があれば開示する。

年 月 日

本人(利用者) 住所

氏名

Ⓔ

代理人 住所

氏名

Ⓔ

続柄 (利用者との関係: \_\_\_\_\_)