

### 特養入居希望調査票申込み書

特別養護老人ホーム アガペホーム

|                                 |   |            |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|---------------------------------|---|------------|----------------------------------|--------|-----------------------------------|-----|-----|-----|--|--|----|
| 申込者                             | ふりがな  |            | 申込受付日                            | 平成     | 年                                 | 月   | 日   |     |  |  |    |
|                                 | 氏名  |            | 被保険者番号                           |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 生年月日  | 明治・大正・昭和   | 年                                | 月      | 日                                 | (才) | 性別  | 男・女 |  |  |    |
|                                 | 住民登録地   | 都・道<br>府・県 | 市・郡<br>区                         | 町<br>村 |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 家族等の<br>連絡先                     | 住所  | 〒          |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 氏名  | 続柄( )      |                                  |        | 電話 ( )                            |     |     |     |  |  |    |
| 本人および介護者の状況                     |   |            | 該当に<br>○をつける                     | 1回目    | 2回目                               | 3回目 | 4回目 | 5回目 |  |  |    |
|                                 |   |            |                                  | 年月     | 年月                                | 年月  | 年月  | 年月  |  |  |    |
| 要介護度<br>(※1)                    | 要介護5  | 40点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 要介護4  | 40点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 要介護3  | 20点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 要介護2  | 10点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 要介護1  | 5点         |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 認知症による不適応行動あり(要介護1~3のみ加算)                             | 10点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 介護の<br>必要性<br>(※2)              | ①身体的理由または認知症による不適応行動のための在宅生活の継続が困難であり、介護保険の居宅サービスの利用が |            | /                                | /      | /                                 | /   | /   | /   |  |  |    |
|                                 | 15,509単位以上  | 30点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 10,340単位~15,508単位                                     | 20点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 10,339単位以下  | 10点        |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | ②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所(入院)                           |            | 20点                              |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 家族等<br>介護者の<br>状況               | ①単身   |            | 30点                              |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | ②高齢者世帯、介護者が虚弱等  |            | 20点                              |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | ③介護者が就業中・複数の人を介護している等                                 |            | 10点                              |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 合計                              |   |            | 点                                | 点      | 点                                 | 点   | 点   | 点   |  |  |    |
| 居宅サービスの<br>利用状況※3               | 平成  | 年          | 月                                | 単位     | 平均単位数                             |     |     |     |  |  | 単位 |
|                                 | 平成  | 年          | 月                                | 単位     |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | 平成  | 年          | 月                                | 単位     |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 入居希望時期                          | <input type="checkbox"/> なるべく早く                       |            | 備考                               |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
|                                 | <input type="checkbox"/> 年 月頃                         |            |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |
| 他の特別養護老人ホームへの申し込み状況等 ※4         |   |            | <input type="checkbox"/> 申し込んでいる |        | <input type="checkbox"/> 申し込んでいない |     |     |     |  |  |    |
| 介護が困難な現状等<br>(介護者の課題、介護の状況の変化等) |   |            |                                  |        |                                   |     |     |     |  |  |    |

|           |  |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |
|-----------|--|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 特記事項      | 移動   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助      |                               |                             |
|           | 使用機器   | <input type="checkbox"/> 杖  | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子  |                                   |                               |                             |
|           | 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      |                               |                             |
|           | (食事の種類)  | <input type="checkbox"/> 主食 | <input type="checkbox"/> 常食  | <input type="checkbox"/> 軟飯   | <input type="checkbox"/> 全粥       | <input type="checkbox"/> ミキサー | <input type="checkbox"/> 経管 |
|           | 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助      |                               |                             |
|           | (紙おむつの使用)  | <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 昼夜  | <input type="checkbox"/> 夜のみ  | <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ |                               |                             |
| 認知症       |  | <input type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無   |                               |                                   |                               |                             |
|           |  |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |
|           |  |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |
| 総合評価      |  |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |
| 説明・記入担当者名 |  |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |
| 説明確認欄     | <p>私は、次の事項について施設より説明を受けました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居申し込みから入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について</li> <li>・入居順位決定法について</li> <li>・入居の順位見直しについて</li> </ul> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄<br/>氏名 ( )</p> |                             |                              |                               |                                   |                               |                             |

※1 「認知症による不適応行動あり」

自虐行為・夜間せん妄・興奮・大声・奇声・徘徊・攻撃的行為・不潔行為・摂食異常・火の不始末の問題行動・暴言暴行・昼夜逆転・介護に抵抗等の問題行動が、おおむね1週間に1～2回程度以上出現する場合。

※2 「介護保険の居住サービスの利用」

介護保険の「サービス利用表別票」の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)の区分支給限度基準単位数の合計。(原則として、直近3ヶ月の平均)

※3 「居宅サービスの利用状況」

(サービス利用表の例)を参考に各月の利用合計単位数を記入してください。

※4 「当該特養以外の施設」

医療機関、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、養護ホームをいう。(短期入所生活介護・短期入所療養介護は含みません)

■申込時に、介護保険被保険者証(写)の添付をお願いします。