受付日　　年　　月　　日

様式１

（共通）新潟市秋葉区内特別養護老人ホーム入所申込書 （ 新規 ・ 更新 ）

□ こぐち苑 □ やしろだ苑 □ こすど蒼丘の里 □ 真寿苑 □ かんばらの里
□ はさぎの里 □ こうめの里 □ 藤花 □ 藤花・荻川 □ 藤花・小阿賀
□ あがうら（ユニット型・個室） □あがうら （多床室）　　施設長 様

※ □欄は、入所申し込みを希望する施設に☑を記入してください

申 請 日　　年　　月　　日

申込者氏名	（ふりがな）			本人との続柄	
住　　所	〒				
電 話 番 号	ー　　ー		携帯番号	ー　　ー	
入所者氏名	（ふりがな）		生年月日	T・S　年　月　日	
			性　別	男 ・ 女	年 齢　才
住　　所	〒 □申込者と同様　TEL（　　）　ー		居宅介護支援事業所等		
			氏名（ケアマネ）		
			電 話 番 号	ー　　ー	
要介護度	□要介護３　□要介護４　□要介護５				
	□要介護１　□要介護２ ※1の「特例入所の要件への該当に関する考え」を記入してください。				
認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日				
介護保険被保険者番号				保険者	
障害者手帳	無　・　有　（障害者名　　）				
医療保険	□後期高齢者医療保険　□健保　□国保　□共済　□組合　□生保				
年　　金	□老齢（国・厚）年金　□障害（国・厚）年金　□福祉年金　□その他（　　）				
現　　況	□自　宅 （ □独居世帯　□高齢者のみ世帯　□家族同居世帯 ） □施設入所中　名称　（　年　月　日～） □病院入院中　名称　（　年　月　日～） □生活保護受給者				
申請理由 （該当するものすべてを選んで下さい）	□介護する者がいないため □介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により、十分な介護が困難なため □介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため □施設（病院）から退所(退院)等求められているが、受け入れが困難なため □在宅サービスを受けていてもサービスの限界があり生活ができないため □経済的理由から必要なサービスを受けることができないため □その他（ ）				

入所希望者の意向	**【こぐち苑・やしろだ苑・こすど蒼丘の里・真寿苑・かんばらの里・はさぎの里・こうめの里・藤花・藤花(荻川)・藤花(小阿賀)・あがうら】の施設以外に入所を申し込んでいる場合は、申込施設名を記入してください。** ・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　・＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
留意事項	本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、申込施設に連絡をしてください。 ※申込みの有効期間は、入所申込みの日から3年間です。 引き続き入所を希望する場合は、更新の手続きが必要です。更新の手続きをされない場合、申込みが取り下げとなります。尚、施設からの申し込みの更新についての連絡はいたしませんのでご了承下さい。
説明確認及び情報収集に係る同意	私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。 年　　月　　日 入 所 希 望 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 入所希望者の家族等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※ 1 特例入所の要件への該当に関する考え(要介護1又は要介護2の方が入所を申込む場合に記入して下さい。)	【入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由】 □ 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 □ 知的障がい・精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られる □ 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・安心の確保が困難である □ 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。 (申請者又は、介護支援専門員が記入) 上記要件の具体的な理由 …… …… …… ……

様式２

【こぐち苑・やしろだ苑・こすど蒼丘の里・真寿苑・かんばらの里・はさぎの里・こうめの里・藤花・藤花（荻川）・藤花(小阿賀)・あがうら】

介護支援専門員意見書

入所希望者

１．本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1

認知症による行動障害	非常に多い	やや多い	少しあり	なし

２．在宅サービスの利用度

在宅サービスの利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満

３．主たる介護者・家族等の状況

①主たる介護者の年齢・続柄	独居世帯↓⑥のみに記載して下さい	・70歳以上　・60歳以上　・60歳未満 （続柄:　　）		
②介護者の障がい・疾病		なし	あり	・介護は困難 ・多少は介護可能 ・介護は可能 （　　）
③介護者の就労		なし	就労不能	・8時間以上の就労あり ・4～8時間の就労あり ・4時間未満の就労あり （　　）
④介護者の育児・家族の病気		なし	高齢者のみの世帯	・常時の育児看病あり ・随時の育児看病あり ・臨時の育児看病あり （　　）
⑤他の同居介護補助者		なし	・随時あり（週1～3日程度）　・常時あり（週4日程度以上）	
⑥別居血縁者の介護協力	なし	・随時あり（週1～3日程度） ・常時あり（週4日程度以上）		

＊独居の場合は、「独居世帯」に〇を付け、⑥のみ記入して下さい。

＊高齢者のみの世帯の方は④の「高齢者のみの世帯」に〇を付けて下さい。

４．その他　特記事項

入所の緊急度、必要度	非常に高い	高い	今後の状況により必要
【理由】自宅の生活が困難な理由等を記入して下さい。			

作成年月日	令和　　年　　月　　日	担当者	
作成者所属			

※ すべての項目を記入してください。　※ 裏面もありますのでご記入をお願い致します。

＊入所希望者ご本人の状況をご記入ください。（記入できる範囲でよろしいです）

1．医療状況

	期間等	病名	入院・通院医療機関
現 病			
	期間等	病名	入院・通院医療機関
既往歴			

	いつから・それに至った経緯など
□経管栄養	
□カテーテル	
□ストマ（人工肛門）	
□酸素療法	
□インスリン注射	
□透析	
□気管切開	
□その他	

- 当てはまるものに〇をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度	自立・ J1 ・J2 ・A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・C1 ・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・ Ⅰ ・Ⅱa ・Ⅱb ・Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M

※ 上記2点の日常生活自立度の記入に際しては、主治医意見書をもとにご記入をお願いいたします。

- 当てはまるものに〇をつけてください。

ADL 等	状 況
移動	・歩行自立 ・歩行補助用具（杖、歩行器等）使用 ・車いす使用
移乗	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 （転倒危険 ある ・ なし）
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・経口摂取不可 ・食事形態（主食… 副食… 水分… ）
嚥下	・良好 ・不良
入浴	・特殊浴槽（寝台） ・中間浴(座浴) ・家庭浴(個浴) / ・自立 ・一部介助 ・全介助
排泄	・トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・フォーレ/ ・自立 ・一部介助 ・全介助
衣類着脱	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助
睡眠状況	・良眠 ・不眠 ・昼夜逆転 ・日によって睡眠状況に波あり
会話	・普通 ・どうにかできる ・不可
認知症の状況	・なし ・妄想 ・幻覚 ・不潔行為 ・異食 ・徘徊 ・不穏 ・暴言 ・暴力行為
その他	

※介護保険被保険者証のコピーを添付して下さい。