

家族構成等	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯					
	◎ 同一生計者					
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)・電話	備考
◎本人の子ども(別世帯)						
氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)・電話	備考	

他施設申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設	
	_____	_____
	_____	_____

留意事項	<p>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、必ず当施設に連絡をしてください。</p> <p>(連絡先) 特別養護老人ホームこうめの里 〒956-0041新潟市秋葉区小屋場335-1 電話 0250-21-1165 FAX 0250-21-1166 担当者 宮崎 則男 天野 智美</p>
------	---

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込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に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、担当居宅介護支援事業所、他の介護保健施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 印</p> <p style="text-align: right;">入所希望者の家族 印</p>
-----------------	---

(様式2)

介護支援専門員意見書

入所申込者氏名 _____

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世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他()
②主たる介護者の年齢・続柄	歳(続柄:)		
③介護者の障害・疾病	なし	あり	・介護は困難 ・多少は困難 ・介護は可能 ()
④介護者の就労	・なし ・就労不可能 ・高齢	あり	・8時間以上 /週 ・4～8時間 /週 ・4時間未満 /週 ()
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり	・常時の育児看病 /週 ・半日の育児看病 /週 ・臨時の育児看病 /週 ()
⑥他の同居介護補助者	なし	あり	・常時 ・随時 (続柄: 日/週程度)
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり	・常時 ・随時 (続柄: 日/週程度)

作成年月日	平成 年 月 日	担当者	印
作成者所属			

* すべての項目にチェックしてください。

(特別養護老人ホームこうめの里扱い分)

* 裏面もありますのでご記入をお願いいたします。

* 入所希望者ご本人の状況をご記入ください。

1. 医療状況

現病	期間等	病名	入院・通院医療機関

既往歴	期間等	病名	入院・通院医療機関

	いつから・それに至った経緯など
<input type="checkbox"/> 経管栄養	
<input type="checkbox"/> カテーテル	
<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)	
<input type="checkbox"/> 酸素療法	
<input type="checkbox"/> インシュリン注射	
<input type="checkbox"/> 透析	
<input type="checkbox"/> 気管切開	
<input type="checkbox"/> その他	

● 当てはまるものに○をつけてください。

障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症老人の日常生活自立度	正常・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

● 当てはまるものに○をつけてください。(補足は備考に記入してください)

ADL等	状 況	備 考
移動	・歩行自立 ・歩行補助用具(杖、歩行器等)使用 ・車椅子使用	
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・経口摂取不可	
嚥下	・良好 ・不良	
入浴	・特殊浴槽 ・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 / ・自立 ・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	
認知症	・妄想 ・幻覚 ・弄便 ・異食 ・徘徊 ・不穏	
部屋状況	・ベッド ・畳 ・どちらでも可	

【介護支援専門員意見書 作成上の留意事項】

1. 「認知症による行動障害」

認定調査における行動に関連する項目のうち

- ・ 「夜間不眠や昼夜が逆転している」
- ・ 「一人で外に出たり目が離せない」
- ・ 「火の始末や火元の管理ができない」
- ・ 「ろう便行為等の不潔行為がある」
- ・ 「異食行為がある」

に関する項目に「ある」または「ときどきある」が1つ以上ある場合で

- ・ 「非常に多い」…毎日ある場合
- ・ 「やや多い」…週1～2回以上ある場合
- ・ 「少しあり」…月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

2. 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度支給額に対するサービス利用額の割合をいう。

($\text{区分支給限度基準額単位数} / \text{サービス利用単位数} \times 100$)

算定期間については概ね3ヶ月を基準とし、返金利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与

3. 「②介護者の障害・疾病」

「介護は困難」…介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合。

「多少は困難」…介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならできる場合。

「介護は可能」…介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合を目安として判断する。

* 他の医療機関の入所施設等に現在入院（入所）している申込者の評価基準算定は原則として退院（退所）後に予想される状況で判断する。

* 介護支援専門員意見書の記載内容が変更になった場合は、再度提出をお願いいたします。