（別紙1－1）

申込日	年　月　日	受付日	年　月　日

岡 南 の 郷 入 所 申 込 書

特別養護老人ホーム岡南の郷　施設長　様

申込者（連絡先）

（フリガナ） 氏　名	（入所希望者との続柄　　）
住　所	〒
電話番号	

貴施設に入所したいので次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏　名	フリガナ	性別	男 ・女	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日 （　歳）
現住所	〒 電話番号　（　）				
介護保険	被保険者番号			保険者名	
	要介護度	□要介護1　□要介護2		□要介護3　□要介護4　□要介護5	
	認定期間	年　月　日 ～　年　月　日			
健康保険	（種別・記号番号）				
年金等	（種別）				
障害者 手帳等	無 ・ 有　手帳の種類＿＿＿＿＿＿＿＿（障害名　　） 判定　級（度）　年　月　日				
現況	□自宅 （ 単身 ・ 同居 ） □施設（病院）に入所中　名称＿＿＿＿＿＿＿＿（　年　月　日～ ）				
医療の状況	□経管栄養　□カテーテル　□ストマ（人工肛門）　□酸素療法　□インシュリン注射　□透析 □気管切開　□その他（　　） □感染（MRSA・緑膿菌・他　　）				

現在治療中の病気

病　名	入院：通院医療機関名	期　間
		年　月　日～
		年　月　日～
		年　月　日～

既往症

病　名	入院：通院医療機関名	期　間
		年　月　日～　年　月　日
		年　月　日～　年　月　日
		年　月　日～　年　月　日

入所希望者の意向	□今すぐ入所したい	（他の施設名）	
	□　年　月頃には入所したい	特養	老健　その他
	※他施設の入所申込状況	①	①　①
	□岡南の郷のみ申し込んでいる	②	②　②
	□他の施設にも申し込んでいる	③	③　③
申込理由			

（別紙１－２）

身体状況	日常生活	歩行	自立（ 独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ）・ 車椅子 （ 自走 ・ 介助 ）
		食事	自力で可能 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ ）
		排泄	自立（ トイレ ・ Pトイレ ） ・ オムツ （ ）
		入浴	自力で可能 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ ）
		着脱	自力で可能 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ ）
	健康状況	通院治療	有 ・ 無 病院名: 主治医: 病 名: 服薬内容:
		視力	日常生活支障なし ・ 日常生活支障あり（ ）
		聴力	日常生活支障なし ・ 日常生活支障あり（ ）
		言語	日常生活支障なし ・ 日常生活支障あり（ ）
		認知症	有 ・ 無 問題行動:
サービス利用状況			

家族状況	続柄	氏 名	年齢	現 住 所	同居別居の別	職 業
					同居 ・ 別居	
					同居 ・ 別居	
					同居 ・ 別居	
					同居 ・ 別居	
					同居 ・ 別居	

担当介護支援専門員	氏 名		連絡先	電話 （ ）
	事 業 所			

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、必ず連絡をして下さい。 【連絡先】 特別養護老人ホーム岡南の郷 電 話 0258－23－7511 ファックス 0258－23－7510 担 当 生活相談員 木島 美紀・星野 真哉

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、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 □ 同法人内事業所（グループホーム）への、情報共有・提供を希望されますか。 年 月 日 入所希望者 ㊞ 入所希望者の家族 ㊞

（別紙１－３）

特例入所の要件・理由（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ください。）	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。 上記要件の具体的な理由

（別紙2）　介護支援専門員意見書

入居申込者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　本人の状況

要介護度	5	4	3	2 ・ 1

認知症による不適応行動	毎日ある	週に1～2回以上	月に1～2回以上	なし
不適応行動内容				

2　在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	限度額超過	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	高齢者のみ世帯	日中独居・又は、日中高齢者のみ	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 ・ 多少は介護 ・ 介護は可能		
④介護者の就労	なし	あり（職種等　　） 勤務　　日／週、　　時間／日		
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり（　　）		
⑥他同居介護補助者	なし	あり（続柄:　　、　　日／週程度）		
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり（続柄:　　、　　日／週程度）		

作成者所属		担当者	印

4. 介護支援専門員特記欄（本人状態・介護者状況・世帯状況等入所についての意見）

記載日　　年　　月　　日

【評価基準算定に当たっての留意事項】

１　「認知症等による不適応行動」

認知症や知的障害・精神障害等により、認定調査における行動に関連する項目において

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

に関する項目で「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」　…　週に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

サービス提供票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合を言う。
（サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×１００）
算定の期間については概ね３ヶ月を標準とし、平均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、訪問リハビリテーション、通所介護、
通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養生活介護、
福祉用具貸与等

３　「③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
「多少は介護」…介護者が障害や疾病のため概ね２つ程度のＡＤＬ援助ならばできる状態
「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。

４　「⑥他同居介護補助者」

「随時あり」…週１～３日程度
「常時あり」…週４日以上　　を目安として判断する。

なお、１日あたりの目安は２時間程度以上または頻回以上とする。

５　「⑦別居血縁者の介護協力」

「随時あり」…週１～３日程度
「常時あり」…週４日以上　　を目安として判断する。

※　他の医療機関や入所施設等に現在入院（所）している入所希望者の評価基準算定は、原則として退院（所）後に予想される状況で判断する。なお、この場合における在宅サービス利用限度額割合の判断は、入院（所）前の状況や現在の入所希望者の心身の状況を勘案し、１２点を限度に算定する。