

介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込者 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアプランに ついて | 在宅サービス利用率 | %（支給限度額に対する利用割合） | | | | | | | | | | | | |
| | 利用しているサービス | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス名 | 利 用 回 数 等 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | サービスに対するご本人またはご家族の希望など | | | | | | | | | | | | |
| ご本人の状況 | 1 身体 の 状況 について（麻痺や抱縮など、介護を要する身体状況） | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 認知症等について（介護や見守りを要する認知症の症状） | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 疾患等について（特に注意を要するものや、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など） | | | | | | | | | | | | | |
| その他留意すべきこと | (ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと) | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------|---|-------|---|
| 記入者氏名 | | 職 種 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 事業所区分 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 事業所名 | | 連絡先電話 | |

介護老人福祉施設入所申込書 別紙

(要介護1・2の方のみ)

| | | | |
|-----------|--|------|----------------|
| 対象者 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所 | 調布市 _____町 ____丁目 _____番地 _____ (方書き・部屋番号など) | | |

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のやむを得ない事由がある場合は、該当するところに☑を入れ、具体的な状況をお書きください。

- 認知症があり、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みられる

- 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みられる

- 愛の手帳あり(度) 精神保健手帳(級)

- 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
・誰による
・どんな虐待

- 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

- 単身世帯 高齢者又は病弱な者との同居

- ・同居者の年齢、病状等
・サービス利用状況

- 上記項目に該当なし

| | | | | | |
|-------|-------|-------|--|----|--|
| 記入年月日 | 年 月 日 | 記入者氏名 | | 続柄 | |
|-------|-------|-------|--|----|--|