

特別養護老人ホーム松涛園入所申込書

令和 年 月 日

松寿会特別養護老人ホーム松涛園
施設長 佐々木 勘右工門 様

申込者氏名 _____ 続柄()

住 所 _____

電話番号 _____

特別養護老人ホーム松涛園に入所したいので、次の通り申込み致します。

入 所 対 象 者	被保険者番号											※介護保険証でご確認ください		
	フリガナ氏名	※必ずフリガナもご記入ください												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									歳	性別	1. 男 2. 女	
		年	月	日										
	要介護状態区分	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (認定年月日 : 令和 年 月 日)												
	認定有効期間	令和		年		月		日	から					
		令和		年		月		日	まで					
	住所													
電話番号	()					FAX番号		()						
家族等の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	別居先の電話等								
					同・別									
					同・別									
					同・別									
					同・別									

- 私は、この入所申込記載事項について、松涛園が市町村介護保険事業計画策定等のため情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 私は、原則として入所対象者または申込者から入所対象者等の状況変化について申告した場合のみ、貴施設において情報を更新することに同意します。

対象者氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印

(施設記入欄)【受付No. _____】

受付年月日	令和 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			

入 所 申 込 調 査 票

対象者氏名			被保険者番号		
調査年月日	令和	年	月	日	調査者氏名
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他 ()				
使用施設名	()※病院・施設名を記入してください				
介護保険サービス 確認欄	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	調査時点での在宅サービスの利用単位数 () 単位) 他施設申込み状況 (施設名)				
健康保険	種 別		年金等	種 別	
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類、障害名) 判定 (種 級、その他)				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (入れ歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 上下)				
	内 容	主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 () 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細食 <input type="checkbox"/> ミキサー 塩分制限 () <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (入浴形態 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴)				
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> カテーテル 排泄状況 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ 下剤服用 (有・無) 便 日 回 失禁 (有・無)				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 移動器具使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等 (状況等)				
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有・無) (状況等)				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (状況等)				
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能				
認知症等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度) 問題行動 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗・暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()				
薬 の 服 用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等)				
既 往 歴	昭・平・令 年 月 (頃)				
	昭・平・令 年 月 (頃)				
	昭・平・令 年 月 (頃)				
【特記事項】					

介護支援専門員意見書の記入上の留意事項

様式3（介護支援専門員意見書）における申込者の状況判断を行う場合の留意事項について以下のとおりとする。

1. 「認知症による不適応行動」

昼夜逆転、徘徊、暴言、暴行、放尿など認定調査における問題行動に関連する項目が3つ以上ある場合で、「非常に多い」は毎日ある場合、「やや多い」は週1～2回以上ある場合、「少しあり」は月に1～2回程度ある場合を目安とする。ただし、項目が3つ以内であっても、問題行動の頻度によっては、それぞれの場合に当てはめて判断するものとする。

2. 「在宅サービス利用度」

1) 在宅サービス利用限度額割合において、実際利用限度額割合が経済的理由や地域の活用できるサービス量や数によって制限されている場合、介護支援専門員の判断により、本来必要な量を測定、割合率に直し該当する項目に印をつけるとともに備考記入欄にその理由を記入するものとする。

2) 施設を利用している申込者については、退所後の在宅における生活や介護者の状況等総合的見地に立って在宅サービス利用額割合に置換えた場合どこに該当するか介護支援専門員が判断し印をつけるとともに備考記入欄にその理由を記入するものとする。

3. 「主たる介護者、家族等の状況」

1) 介護者が障害や疾病

- ・ 「介護困難」は、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ADL全般の援助が困難な場合。
- ・ 「多少介護」は、介護者が障害や疾病のため2つ程度のADL援助ならば出来る場合。
- ・ 「介護可能」は、介護者に障害や疾病はあるが介護可能な状態である場合を目安とする。

2) 他の同居介護補助者

- ・ 「随時あり」は、週1～3日程度。
- ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。
※ 1日当たりの目安は2時間程度以上又は頻回以上とする。

3) 別居血縁者介護協力

- ・ 「随時あり」は、週1～3日程度。
- ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。

4) 近隣者等の介護協力

- ・ 「随時あり」は、週1～3日程度。
- ・ 「常時あり」は、週4日程度以上ある場合を目安とする。

4. 特記事項及び意見欄については、介護支援専門員の判断で、最高10点の範囲で何点の加算が適当かを、理由を記して点数明記するものとする。

個人情報開示請求書（介護保険認定関連情報用）

令和 年 月 日

秋田市長 様

（請求者）

住 所 秋田市浜田字陳ヶ原 3 5 番地 3 1

氏 名 松寿会特別養護老人ホーム松涛園

施設長 佐々木 勘右工門

電 話 (018)-(828)-7856

委任された指定居宅介護支援事業者
又は介護保険施設にあっては、
その所在地、名称および代表者氏名

秋田市介護保険条例第14条第1項の規定により、電子計算組織に記録されている個人情報
の記録内容を、主治医からの委任により、主治医が開示を了承した意見書について、
つぎのとおり開示を請求します。

情報開示に係る個人の氏名	フリガナ	
	氏 名	
被 保 険 者 番 号		
住 所		
生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	年 月 日
請求者と情報開示に係る個人との関係 (該当する番号を○で囲んでください。)	1 本人 2 法定代理人 ③ 委任された指定居宅介護支援事業者 又は介護保険施設	
開示請求する記録内容 (請求する情報の番号を○で囲んでください。)	① 要介護認定および要介護認定に使用した認定調査結果および一次判定結果 ② 主治医意見書（紙面のみ） 令和 年 月 日認定に使用したもの	
開示の方法（意見書を除く。） (2番目の方法による開示を求める場合には番号を○で囲んでください。)	① 紙面に出力したものの交付 2 F Dに複写したものの交付	
備 考		

注：この請求書を提供する際に情報開示に係る個人本人であること又本人との関係を
確認できるものを提示してください。

被保険者の開示請求委任欄

秋田市長 様
私に係る上記の個人情報開示請求および記録内容の開示を上記請求者に委任します。
令和 年 月 日
住 所
氏 名
(印)