

(様式2) 特別養護老人ホーム土佐清風園 入所申込意見書 (介護支援専門員用)

介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム
土佐清風園
施設長様

記載日 年 月 日

入所希望者氏名

(介護支援専門員等) 記載者情報	氏名	
	職種	
	所属機関	
	住所	〒 -
	TEL	
	FAX	

※ この意見書は、介護支援専門員、施設・病院職員などの専門職が入所希望者の現在の状況をご記入ください。

(記入する者がいない場合は、申し込み先の施設にご相談ください。)

(1) 要介護度及び負担限度額																
要介護度					負担限度額				認定期間							
要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	1段階	2段階	3段階	4段階	H・R	年	月	日から	H・R	年	月	日まで
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度					障害老人の日常生活自立度								食事状況			
IV	Ⅲb	Ⅲa	Ⅱb	Ⅱa	C2	C1	B2	B1	A2	A1	J2	J1	自立	経口・経管・胃ろう		
(3) 現在の身体状況に該当する項目を○でかこってください																
	A	B	C	特記事項(できる限り詳しくご記入ください)												
①食事	介助が必要	見守り程度	自立													
②入浴	介助が必要	見守り程度	自立													
③排泄	介助が必要	見守り程度	自立													
④移動	介助が必要	見守り程度	自立													
⑤更衣	介助が必要	見守り程度	自立													
(4) 直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものに○をつけてください																
	A	B	C	D	特記事項(できる限り詳しくご記入ください)											
①火の不始末がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
②徘徊がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
③介護に対して抵抗がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
④暴言暴行や大声がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
⑤摂食異常がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
⑥不潔行為がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
⑦昼夜逆転がある		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
⑧その他の周辺症状		ほぼ毎日	週1~3回	月1~3回	なし											
(5) 現在の介護状況に該当するものに○をつけてください															特記事項	
	①身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない															
	②介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難															
	③介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難															
	④介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難															
	⑤介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難															
	⑥介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難															

(6) 食事形態						
主食	副食	水分(咽込み等)	咀嚼状況	嚥下状況	医師による制限等	
(7) 移動						
必要な介護物品		移動についての詳細事項				
(8) 排泄						
排泄場所	排泄方法	尿・便意	必要な介護物品	排泄についての詳細事項		
9 健康 状況	主治医		病院名		電話番号	
	現在治療中の病名					
	処方薬					
	既往歴					
	特別医療行為内容頻度					
	特記事項					
(10) 生活歴						
(11) 特記事項(在宅及び入所・入院先で生活継続困難な理由)※住居環境、経済状況、介護者の身体的・精神的状況なども含む						

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。