

# 利用受付書

2回 年 月 日  
 1回 年 月 日  
 初回申込日 年 月 日

利用者希望	ふりがな			性別	M T S
	氏名			男・女	生年月日 年 月 日
	住所	〒 -		電話	- -
	介護度	要支援1・要支援2 要介護 1 2 3 4 5			認定年月日 年 月 日
	介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	現在の状況	自宅 / 病院 / 老人保健施設 / 療養型病床群 / その他			
	施設・病院名	施設・病院名 年 月 ~ 年 月退院・退所予定			
	居室サービスの利用状況			介護保険番号	
				保険者	市町村名
	言語	普通 / やや不明瞭 / 不自由		排泄	自立 / 誘導 / 一部介助 / 全介助
				食事	自立 / 一部介助 / 全介助
	歩行	自立 / 歩行器 / 杖 / 車椅子 ( 全介助 ・ 一部介助 )			
	既往歴	脳梗塞( 才) 高血圧( 才) 糖尿病( 才) 心疾患( 才) その他( )			
	現病歴 (麻痺・拘縮を含む)	脳梗塞(右麻痺・左麻痺) 糖尿病(1日 Kcal) 高血圧 インスリン(有・無) 心疾患(ペースメーカー 有・無) 胃瘻(有・無) 経管栄養(有・無) バルーンカテーテル留置(有・無) その他の医療行為( )			
認知症	短期記憶障害 物盗られ 暴言 徘徊 異食 昼夜逆転 奇声 その他 詳細			介護・負担限度額 認定証 段階	
入所を必要とする主な理由	県、市町村への申込者リストの提出が義務付けられています。 特別な理由により承諾できない方のみ、承諾に○をつけてお申し込みください。			不承諾	
居宅介護支援事業者	事業所名 ※ ご利用されている方のみご記入下さい。 担当者名 電話 - -				
身元保証人	ふりがな			続柄	電話 - -
	氏名				
	住所	〒 -		携帯	- -

※ご利用を希望されるサービスに○をつけて下さい。(いくつでも可。特養は【 】からも選択して下さい。)

- 特別養護老人ホーム(介護保険書のコピーを添えてください)
  - 【 従来型 ユニット型 】
  - (4人部屋) (個室)
- ケアハウス
- ショートステイ(短期入所生活介護)
- デイサービスセンター(通所介護)
- ヘルパーステーション(訪問介護)
- サービス付き高齢者向け住宅 マイライフ
- グループホーム(認知症対応型共同生活介護)
- 小規模多機能型居宅介護 ならの郷
- グループホーム ならの郷

特養申込み者 氏名 ( )

問1. 現居所(1,自宅に○をつけた方のみ問3も記載)

- |                           |                |                 |           |
|---------------------------|----------------|-----------------|-----------|
| 1. 自宅                     | 2. 老健 ( )      | 3. ケアハウス ( )    | 4. 病院 ( ) |
| 5. サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者の住まい | 6. グループホーム ( ) |                 |           |
| 7. 有料老人ホーム ( )            | 8. 養護老人ホーム     |                 |           |
| 9. 介護療養病床 ( )             | 10. その他        | 11. 他の特別養護老人ホーム | 0.不明      |

問2. 現在の介護サービス等利用状況 (複数回答可)

- |                     |                |                 |         |              |         |
|---------------------|----------------|-----------------|---------|--------------|---------|
| 1. 訪問介護             | 2. 訪問看護        | 3. デイサービス       | 4. 短期入所 | 5. その他居宅サービス | 6. 小規模多 |
| 7. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 8. 認知症対応型通所介護  | 9. その他地域密着型サービス |         |              |         |
| 10. お泊まりデイ          | 11. 介護保険サービス以外 | 12. 何もない        |         |              |         |

問3. 現在の主たる介護者

下記項目より選択し番号に○をしてください。

(複数の場合は主なもの1つ選択)

- |        |              |      |              |              |    |
|--------|--------------|------|--------------|--------------|----|
| 1. 配偶者 | 2. 子供・子供の配偶者 | 3. 孫 | 4. 親族(1~3以外) | 5. 近所(町内、知人) | 6. |
| 7. いない | 0. 不明        |      |              |              |    |

問4. 主たる介護者の状況

下記項目より選択し番号に○をしてください (複数回答可)

- |                |          |        |        |              |
|----------------|----------|--------|--------|--------------|
| 1. 別居(近所の場合除く) | 2. 75歳以上 | 3. 要支援 | 4. 要介護 | 5. 障害者(難病含む) |
| 6. 複数者介護       |          |        |        |              |
| 7. 日中不在        |          |        |        |              |

問5. 申込者の入所必要性

- |                     |
|---------------------|
| 1. すぐにでも入所が必要である    |
| 2. 1年程度で入所が必要となる見込み |
| 3. 特養以外で対応可能        |
| 0. その他(必要性が低い、判断困難) |

問6. その他考慮すべき事項(わかる範囲で記載ください)

- |               |                       |
|---------------|-----------------------|
| 1. 経済的に困窮     | 2. 限度額を超えて在宅介護サービスを利用 |
| 3. 徘徊等問題行動が著名 | 4. その他 ( )            |

問7. 学園前西特別養護老人ホーム以外他の特別養護老人ホームに申込み

- |             |       |
|-------------|-------|
| 1. あり ( ) 件 | 2. なし |
|-------------|-------|