

特別養護老人ホームわがの里入所申込書

特別養護老人ホームわがの里
施設長 鈕 吉 善 幸 様

次のとおり貴施設への入所を申し込みます。

申込み日 令和 年 月 日

ふりがな 入所希望者氏名	きたかみ さとこ 北上 里子 印	生年月日 性 別	明・大・昭 4 年 1 月 1 日(91 歳) 男 ・ 女
入所希望者住所	郵便番号 024-0073 北上市下江釣子10-74-3 電話番号 0197-73-5511		
ふりがな 入所申込者氏名	きたかみ たろう 北上 太郎 印	本人との関係	長男
申込者住所	郵便番号 同上 電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△		
保険者	北上 市町村	入所に ついて の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい。 <input type="checkbox"/> 平成 年頃までに入所したい。
被保険者番号	10065〇〇〇〇		
要介護度	要介護 1 2 3 4 5		
申込み状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または今後申し込む予定。 既に申し込んでいる施設名 (〇〇〇) (〇〇〇) () 今後申し込む予定の施設名 () () ()		
介護の状況	<input type="checkbox"/> 1人暮らし(介護者なし) <input checked="" type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護ができない。 介護者の氏名 北上 さくら (続柄:長男の妻) 同居・別居 生年月日 明・大・昭 25 年 10 月 1 日 (71 歳) 介護者の状況 高齢・就労・複数介護・病弱・その他 世帯人員 3 人 <input type="checkbox"/> 施設入所または入院中(施設名:) (所在地) 市・町・村 入所または入院期間 年 月 日から		
担当している介護支援専門員	氏名 和賀 次郎 (所属: わがの里)		
★介護保険被保険者証、健康保険証、年金の通知書等の写しを添付してください。 ★居宅サービスを利用されている方は、最新のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。 ★受付後、申込書の写しを差し上げますので状況に変化のあった場合はご連絡下さい。			

受付・説明 氏名

家族の状況と支援の状況

家族構成図		家族介護と支援の状況		
		<p>長男夫婦と同居で、主に長男の妻が介護している。長女が北上市内に住んでいて、通院の時は同行している。 週3回「イビズ」を利用し、農繁期は短期入所も利用している。 長男の妻は心臓疾患と腰痛のため、介護の負担が増しているため、ヘルパーの利用を検討している。</p>		
氏名／介護者には*	続柄	生年月日	同別居	特記事項（勤務先等）
北上 太郎	男 女	S 23. 1. 1	同 別	農業
北上 さくら	男 女	S 25. 10. 1	同 別	農業
北上 もみじ	男 女	S 25. 11. 1	同 別	北上市内在住
江釣子 秋子	男 女	S 30. 10. 1	同 別	東京都在住
	男 女		同 別	

医療的処置の状況	既往症・現在治療中の病気		
<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	病名	入院・通院病院	期間
	高血圧症	〇〇病院	平成20年頃から
	糖尿病	〇〇病院	平成20年頃から
	右大腿骨頸部骨折	〇〇病院へ入院	令和2年1月～2月末
	アルツハイマー型認知症	〇〇病院	令和元年10月頃から
	白内障手術	〇〇病院	75歳頃

制度利用状況	健康保険（種別：後期高齢者） 年金等（種別：国民、厚生年金） 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ 障害名 _____ 判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日交付 その他の制度 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 <input type="checkbox"/> その他
備考	認知症・精神の症状等、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、この状況についてご記入ください。 骨折で入院したときから認知症を発症し、機能・意欲低下によりほぼ全介助の状態になっている。介護者も腰痛が悪化し、自宅で介護を続けることは困難な状況。
入所申込み確認欄	入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの手続きおよび入所等の決定方法についての説明を受けました。 令和 年 月 日 入所申込者氏名 印
受付確認欄	介護支援専門員 印

入所順位判定基準表

受付 No _____

入所希望者氏名 北上 里子 様

判定実施日 令和 年 月 日

1 要介護度		2 居宅サービス利用状況				4 施設入所・入院状況		
介護度	5	40	サービス利用表別表 月分		利用している	10		
	4	35	サービス利用単位数 単位		利用していない	0		
	3	30	サービス利用率 %		5 特筆すべき状況			
		25	70%以上	15	50%以上	10	・認知症状あり (Ⅲa以上)	
			1~49%	5		・知的・精神障害		
待機期間		15	3 介護者の状況 (家族全員が該当するものに加点する)				・虐待が疑われる場合	20
		10					介護家族なし	25
		5	10 高齢・障害者		15	就労等		10
10	5				0			
住環境		10		5				
		5		0				

◎本人の状況

長男夫婦と三人家族。長女は北上市内に住んでいる。次女は東京都在住。

令和元年10月頃から認知症を発症し、夜間も外に出て歩き回り、目が離せない状況になった。令和2年1月に自宅近くで転倒していたところを発見され、動けなかったために〇〇病院へ救急搬送される。右大腿骨頸部骨折のため入院となった。

退院後は在宅サービスを利用しながら生活しているが、ほぼ全介助の状態である。主に長男の妻が介護しているが、腰痛が悪化していて介護が困難になってきている。

1	2	3	4	5	合計点数
(点)	(点)	(点)	(点)	(点)	

6 入所判定委員会の結果

利用予定者調書

在宅マネ

氏名	北上 里子 様		性別	生年月日	年齢	自立度	認知度	介護度	
			女	昭和4年1月1日生	91歳			要介護5	
住所	北上市				家族連絡先①				
緊急連絡先	連絡先②	氏名	連絡先③		氏名				
		続柄			続柄				
		電話			電話				
	備考			備考					
既往歴	年月日	右大腿骨頸部骨折		かかりつけの医師	病院				
		アルツハイマー型認知症			診療科				
		糖尿病			医師名				
		高血圧症			内服薬		外用薬		
緊急時搬送先			居宅サービス状況						
食生活	食事方法	全介助		備考					
	使用	スプーン		備考					
	主食	お粥		備考					
	副食	刻み食		備考	糖尿病カロリー制限あり				
	飲み物	むせがあるので、とろみをつける		備考	甘いジュースは禁止				
	歯の状態	入れ歯上下使用		備考	口腔ケアは全介助				
日常生活動作の様子	移動方法	車椅子		備考					
	車椅子操作	全介助		備考					
	立位	不能		備考	車椅子からのずり落ちに注意する				
	入浴形態	機械浴 全介助		備考					
	着脱衣	全介助		備考					
	排泄	オムツ対応 全介助		備考	赤くなりやすいため、軟膏をつける				
	失禁の頻度	常にオムツ対応		備考					
	視力	ぼんやり見える程度		備考					
	聴力	耳元で話すと聞こえる		備考					
	意志表示	できる		備考	何回も同じことを話す				
備考	【受け入れ体勢】								
	・糖尿病のため1日1回インシュリン注射施行。昼食前 11:30 10単位。								
	・一人で立ち上がることはできないが、自分で動き車椅子から転落することがあるため、注意が必要。								
	・臀部が赤くなりやすいため、軟膏が処方されている。おむつ交換毎に塗布する。								
・演歌が好きで、好んで聞いている。カラオケに参加してもらう。									