

## 特別養護老人ホームフローラ 利用 申込 書

申込日                      年           月           日

特別養護老人ホームフローラ 様

申請者	氏名		印	続柄	
	住所	電話 (           )           -			

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

利用者氏名	フリガナ	生年月日	M・T・S		年	月	日
		性別	男・女	年齢	満	歳	
住所	〒						
	電話 (           )           -						
介護保険被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5				
認定有効期間	年           月           日		～	年           月           日			
申請理由 (利用者の状況と家庭介護の状況)							
医療保険	後期高齢 ・ 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保						
身障者手帳	有 ・ 無 <           >種 <           >級 障害名<           >						
経済状況	本人の収入 有 ・ 無      老齢 (国・厚)      障害 (国・厚)      福祉 他 (           )						
現況	1. 自宅 (主介護者:           )      2. 入院中 (病院:           ) 3. 施設入所中 (施設:           )      4. その他 (           )						
利用中のサービス	ショートステイ・デイサービス・デイケア・訪問介護 その他 (           )						
身元引受人	氏名				続柄		
	住所	〒					
	勤務先	電話 (           )           -					
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年           月頃までには入所したい ※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> フローラのみ申し込みしている <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みしている (他の施設名) _____						
担当介護支援専門員	事業所名				氏名		



(別紙2) 介護支援専門員意見書

入所申込者氏名 \_\_\_\_\_

1. 本人の状況

要介護度	5	4	3	2	1
------	---	---	---	---	---

認知症による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
-------------	-------	------	------	----

2. 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

3. 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ( )
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄: )		
③介護者の障害・疾病	なし	あり ( ) 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり (職種等 ) 勤務 日/週 時間/日	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ( )	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり (続柄 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり (続柄 日/週程度)	

4. 入所に関する介護支援専門員の意見等

5. 直近の認定調査における主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」

日常生活自立度 (医師)	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	判定日	
--------------	-----------------------------	-----	--

作成年月日	年 月 日	提出年月日	年 月 日
作成者所属		担当者	印

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院 (所) している申込者の評価基準算定は、原則として退院 (所) 後に予想される状況で判断する。

## 【作成上の留意事項】

### 1. 「認知症による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目において、「夜間不眠や昼夜が逆転している」「1人で出たがり目が離せない」「火の始末や火元の管理ができない」「ろう便行為等の不潔行為がある」「異食行為がある」に関する項目で「ある」又は「ときどきある」が1つ以上の場合で、

「非常に多い」… 毎日ある場合

「やや多い」… 週に1～2回以上ある場合

「少しあり」… 月に1～2回程度ある場合      を目安として判断する。

### 2. 「在宅サービスの利用度」

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数／区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3ヶ月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与

### 3. 「②介護者の障害や疾病」

「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ADL全般の援助・介護が可能な状態である場合を目安として判断する。

### 4. 入所に関する介護支援専門員の意見等

家族の状況や本人の状態、在宅介護の困難な理由などについて記載する。

この意見書は、入所申込者が入院（所）中の場合は担当の介護支援専門員の他に、生活相談員や病院のケースワーカー等が記入しても同等の扱いとする。