

介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

ふりがな											
入所申込者 氏名	被保険者番号										
ケアプランに ついて	在宅サービス利用率	% (支給限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス										
	サービス名	利 用 回 数 等									
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など										
ご本人の状況	1 身体の状況について（麻痺や抱縮など、介護を要する身体状況）										
	2 認知症等について（介護や見守りを要する認知症の症状）										
	3 疾患等について（特に注意を要するものや、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など）										
その他留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格など介護をするうえで把握しておくべきこと)										

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ）
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他（ ）		
事業所名		連絡先電話	

介護老人福祉施設入所申込書 別紙

(要介護1・2の方のみ)

対象者 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	調布市 _____町 _____丁目 _____番地 _____ (方書き・部屋番号など)		

居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、以下のやむを得ない事由がある場合は、該当するところに☑を入れ、具体的な状況をお書きください。

- 認知症があり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる

()

- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる

- 愛の手帳あり (度) 精神保健手帳 (級)

()

- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である

- ・誰による
・どんな虐待

()

- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

- 単身世帯 高齢者又は病弱な者との同居
・同居者の年齢、病状等
・サービス利用状況

()

- 上記項目に該当なし

記入年月日	年 月 日	記入者氏名		続柄	
-------	-------	-------	--	----	--