

社会福祉法人 いじみの福祉会 サービス利用申込書

どうぞお気軽にお問い合わせください TEL 0254-23-1117 (パルcomfy陽だまり苑内)

陽だまり苑 新発田市 岡田 1746 (食品団地前)	コンフィ陽だまり苑 新発田市 諏訪町 1丁目10-38 (新発田駅前)	パルcomfy陽だまり苑 新発田市 中央町 5丁目4番2号 (新発田中央高等学校 旧グランド跡地)	陽だまり苑ふえりあ 新発田市 富塚町 2丁目
グループホーム	ケアハウス	サービス付高齢者住宅	サービス付高齢者住宅
特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム

入居 申 込 者	氏 名	様 (続柄) 明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 - 電話() -			
	入居希望	1. 今すぐ 2. 退院後すぐ 3. 将来	入居希望 時期	年 月 頃	
	私共の施設をどのようなきっかけでお知りになりましたか？	1. 知人からのご紹介 2. 知人が施設を利用していた(利用している) 3. 介護支援専門員からの紹介 4. 広報 5. ホームページを見て 6. 建物を見て 7. その他()			

入居 者 の 状 況	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名	様		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	
	住 所	〒 - 電話() -						
	要介護度 有 ・ 無	要支援	1 ・ 2			有 効 期 間	平成	年 月 日から
		要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				平成	年 月 日まで
	担当介護支援専門員様	(事業所名)		(氏名) 様				
	施設の申し込み状況	1. 陽だまり苑のみ 2. 他の施設に申し込みをしている。						
	(他の申し込み施設名)	①		②		③		
	現在の 状 況	1. 自宅で過ごしている (<input type="checkbox"/> お一人暮らし <input type="checkbox"/> ご家族と同居) 2. 施設・病院へ入所している(施設・病院名)						
	現在ご利用中のサービス							
1. ショートステイ (事業所名)		4. 訪 問 看 護 (事業所名)		2. デイサービス (事業所名)		5. 訪 問 入 浴 (事業所名)		
3. 訪 問 介 護 (事業所名)		6. そ の 他 (事業所名)						

入居者の状況	現在治療中の病気	病名	医療機関名(係つけ医)	受診頻度など	
	医療の状況	1. 経管栄養 (□胃ろう □経鼻) 2. 留置カテーテル 3. 糖尿病(インスリン□有 □無) 4. 人工肛門 5. 酸素療法 6. 気管切開 7. 人工透析 8. その他()			
	身体の状況	・食事 : ご自分で食べる ・ 介助が必要である ・入浴 : 家庭浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・排泄 : トイレ ・ オムツ使用 ・歩行 : お独りで歩ける ・ 歩けるが不安定 ・ 歩けない (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)使用 施設に伝えたい事()			
	医療保険	1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療 3. 社会保険 4. 生活保護			
	年金	有・無	金額 約 万円/2ヵ月		
		種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給 (老齢・遺族) (老齢・遺族)		

同居のご家族(代表2名様)

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)	携帯電話番号
様		明・大・昭・平 年 月 日		
様		明・大・昭・平 年 月 日		

同居ご家族がおられない場合(ご親族)

氏名	続柄	生年月日	住所	職業(連絡先)
様		明・大・昭・平 年 月 日		
様		明・大・昭・平 年 月 日		

情報収集に関するご同意

貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

令和 年 月 日

入居申込者 (自署) _____ 様

介護支援専門員意見書

利用者	氏名		作成日	令和	年	月	日
	住所		作成者	事業所名			
				介護支援 専門員氏名	印		

評価基準		該当に ○をつける	備考
① 介護の 必要性	要介護5 (30点)		(有効期間 年 月 日～ 年 月 日)
	要介護4 (25点)		日常生活自立度:寝たきり度()認知度()
	要介護3 (20点)		被保険者番号 :
	要介護2 (10点)		
	要介護1 (5点)		
② 介護の 困難性	ア.介護保険の居宅サービスの利用状況 (直近の1ヶ月間のサービス利用状況)		やむを得ない事由によりサービス利用を抑制している場合等、個別に 勘案すべき事項については、その旨を④特記事項に記載して下さい。
	15,509単位以上 (30点)		要介護1～5の利用上限単位数の平均(H19.2月現在) = (16,580+19,480+26,750+30,600+35,830) ÷ 5 = 25,848単位 平均の6割 = 25,848単位 × 60/100 = 15,508.8単位 平均の4割 = 25,848単位 × 40/100 = 10,339.2単位
	10,340～15,508単位 (20点)		
	10,339単位以下 (10点)		
	イ.在宅生活が困難なため特養以外の 施設に入所(入院)している (20点)		
ウ.長期入院による退所後の再入所 (40点)			
③ 他の 逼迫性	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の労働収入により世帯の生計が維持されている ・要介護状態にある者により家族が疲労困憊させられている (40点) 		
④ 特記事項	(0～20点)		
合 計		点	

太枠内のみご記入願います。

社会福祉法人いじみの福祉会