

該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の方は必ずいずれかにチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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見られる。					
	<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、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が頻繁に見られる。					
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等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。					
	<input type="checkbox"/> 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家族等による支援が期待できず、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。					
※ 入所判定に当たって特に配慮して欲しい事項						
年金の状況	種類		年額	円		
他の特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)への申込状況(予定も含む)						
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	年 月 日生(歳)		
	住 所	〒	電話番号			
			携帯電話			
	要介護認定の有無		有 ・ 無	要介護状態区分		
	同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	入所希望者との関係		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
家庭等の状況	家 族 図 (□:男性 ○:女性)		氏 名	続柄	年齢	同居の有無

	チェック欄	ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
認知症高齢者の日常生活自立度 (認知症が有の場合、いずれかを選択してチェック欄に○印を記入してください。)		I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。基本的には在宅で自立した生活が可能レベル。	軽度の物忘れはあるが、火の不始末や薬の飲み忘れは見られず、家族や支援をする人がいれば日常で困る事はほとんどない状態。
		II a	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家庭外で多少見られても、誰もが注意していれば自立できる状態。	たびたび道に迷うか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等。
		II b	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家庭内で多少見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等。
		III a	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主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔更衣、性的異常行動等。
		III b	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夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態。	ランクIII aに同じ。
		IV	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見られ、常に介護を必要とする状態。	ランクIII aに同じ。
		M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

説明確認及び同意欄	<p>社会福祉法人大樹会理事長 宛</p> <p>私は、入所申込みの際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について施設の担当者から説明を受けるとともに、社会福祉法人大樹会の特別養護老人ホームが入所を検討するにあたり、各市町村・居宅介護支援事業者及び他の介護保険事業所・医療機関から入所検討に必要な個人情報及び家族の情報を得ることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">_____年____月____日</p> <p>入所希望者 住所 _____ 氏名 _____ ⑧</p> <p>ご家族 住所 _____ 氏名 _____ ⑧</p> <p>(なお、個人情報については、入所検討に附帯する業務の範囲内で利用されます。)</p>
-----------	--