

足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

特別養護老人ホーム施設長あて

（新規 変更 更新）

※記入又は該当する項目に☑してください。

申込日（変更申請日）

年 月 日

入 所 希 望 者	フリガナ						性別	生 年 月 日			
	氏 名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 _____ 電話 _____ 足立区									
	介護保険証 番 号						保険者		要介護認定 有効期間	年 月 日	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	年金等収入	月額 約	万円	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
在宅生活が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 認知・ 障がい等		認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。								
※要介護1、 2の方は必須	<input type="checkbox"/> 独居等		独身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であること。								
	<input type="checkbox"/> 虐 待		深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。								
連 絡 先	フリガナ						続柄:	電話1			
	氏 名						(歳)	電話2			
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ（違う場合は下に記入） 〒 _____									
入所希望施設		※施設番号・施設名を必ず1つ以上記入					希望施設以外で空きがあった場合、その施設から入所の声掛けを希望する場合は☑				
希望順	施設 番号	施設名 ※右欄にチェックした場合でも、待機者となるのは 下記施設のみ					※多床室、ユニット型個室ともに希望する場合は それぞれに☑				
1							<input type="checkbox"/> 91	希望施設以外の多床室			
2							<input type="checkbox"/> 92	希望施設以外のユニット型個室			
主な介護者		氏名	続柄:			住所(本人・連絡先と違う場合は記入してください)					
		(年 月 日生 歳)				<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ					
※介護者がいない場合は☑		<input type="checkbox"/> 介護者は介護サービス事業者のみ									
主な介護者の 状況		<input type="checkbox"/> 入所希望者はひとり暮らし。 ※記入方法にて、「ひとり暮らしとならない場合」をご確認ください。									
介護の悩みを 共有できる親族		<input type="checkbox"/> 介護者に、病気や障がい等があり、日常的な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上74歳以下である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、週合計()時間勤務をしている。 <input type="checkbox"/> 介護のために仕事を続けられなくなった。(歳で退職)									
認知症の周辺症状		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		※ある場合は、該当する項目すべてに☑							
<input type="checkbox"/> 徘徊		<input type="checkbox"/> 暴力行為（暴力・暴言）		<input type="checkbox"/> 不潔行為（弄便）		<input type="checkbox"/> 異食		<input type="checkbox"/> 大声や奇声			
<input type="checkbox"/> 帰宅願望		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転（不眠・睡眠障害）		<input type="checkbox"/> 介護への抵抗		<input type="checkbox"/> 妄想		<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴			
<input type="checkbox"/> 火の不始末		<input type="checkbox"/> せん妄（錯乱・混乱状態）		<input type="checkbox"/> うつ・抑うつ		<input type="checkbox"/> 失禁		<input type="checkbox"/> 食べない			

住まいの状況 ※該当する項目1つに☑	<input type="checkbox"/> 住居から立ち退きを迫られている（立ち退き期限： 年 月 日）。 <input type="checkbox"/> 入院中・入所中であるが、住居を引き払った又は処分したことにより戻す家がない。 <input type="checkbox"/> 介護付き施設等に入所中であるが、経済的理由で退所予定である。 <input type="checkbox"/> 部屋または家が2階以上にあるが、エレベーター等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、家主の承諾が得られない又は敷地が狭小等の理由で改修できない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、経済的な理由で改修できない。 <input type="checkbox"/> 住宅に介護上の問題はない <input type="checkbox"/> その他（具体的に） _____	<input type="checkbox"/>
ご本人の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/>
	病院・施設名（所在地） _____ 区・市 _____	<input type="checkbox"/>
	介護付き施設等で生活している期間 <input type="checkbox"/> 3カ月未満 <input type="checkbox"/> 3～6カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月～1年 <input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/>

※二重枠内の記入は、入所申し込みのしおりの「5 申込書の記入方法」（P2参照）の「意見書の記入の依頼先」をご確認ください。

ケアプランについて ※利用しているものに☑	支給限度額に対する在宅サービス利用率 ※在宅サービスを利用している場合必ず記入（過去3カ月平均） _____ % <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/>
治療中の主な疾病 ※生活上影響の大きいもの(1つ)	診断名 _____ 医療機関名 _____	服薬の種類 <input type="checkbox"/> 血 圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認 知 症 <input type="checkbox"/> 向精神 <input type="checkbox"/> 整 腸 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
病 歴		
医療等の必要性 ※該当する項目すべてに☑	※チェックがある方は、入所希望先が受け入れできるかを確認してください。（しおりP8～11参照） <input type="checkbox"/> 胃 ろ う <input type="checkbox"/> 経 管 鼻 腔 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝 炎 <input type="checkbox"/> インシュリン（注射・経口薬） <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
特記事項 など ・ 申込理由 ・ 食事状況 ・ 身体状況 （自立度等）	在宅生活が困難な理由を詳しくお書きください。 _____ 記入者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※下欄に記入者氏名等をご記入ください。	
記 入 者	氏名、事業所・病院名等（および担当者名） _____	住所・所在地 _____ 連絡先電話 _____

同意書	私は、入所に関する方法や手続き、利用料について説明を受けました。この申込書にある個人情報等の内容を保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等の提出について協力することに同意します。 _____ 年 月 日 本人氏名 _____（代筆者氏名 _____）
-----	---