

入所申込書兼調査書の記入方法（表）

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

1

(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 | アダチ タロウ | | 性別 | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | 足立 太郎 | | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | S 3 年 1 1 月 1 1 日 (9 2 歳) | |
| | 住 所 | 〒120-8510 電話 3880-□□□□ 足立区中央本町1-0-0 | | | | |
| | 介護保険番 | 3 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 保険者 | 足立区 | 要介護認定有効期間 |
| 要介護度 | 1 2 3 4 5 | 年金等収入 | 月額約 | 4 | 万円 | 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 | アダチ イチロウ | | 続柄: 子 | 電話1 | 3880-□□□□ | |
| | 氏 名 | 足立 一郎 | | (5 6 歳) | 電話2 | 6 | |
| | 住 所 | <input type="checkbox"/> 本人と同じ (違う場合は下に記入) 〒120-0034 足立区千住△-△△ | | | | | |

| | | | | | |
|--------|------|----------------------|--|---|----------------|
| 入所希望施設 | | ※施設番号 7 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 | | ※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 | 0 1 | 足立新生苑 | | <input checked="" type="checkbox"/> 9 1 | 希望施設以外の多床室 |
| 2 | 2 3 | ル・ソラリオン綾瀬 (多) | | <input type="checkbox"/> 9 2 | 希望施設以外のユニット型個室 |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--------------------------|
| 主 な 介 護 者 8 | 足立 花子 | 続柄: 妻 | 住所(本人・連絡先と違う場合は記入してください) |
| | (S 1 1 年 1 0 月 1 0 日 生 8 4 歳) | <input checked="" 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 9 | <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。 | | |
| | <input checked="" 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。 | | |
| 介 護 の 回 り を 共 有 で き る 親 族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <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 checked="" 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 checked="" 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"/> 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"/> 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"/> 異食 | <input type="checkbox"/> 失禁 |
| | <input type="checkbox"/> 大声や奇声 | <input type="checkbox"/> 妄想 |
| | <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 | <input type="checkbox"/> 食べない |

・ご本人、またはご本人に代わってご家族等の方が記入してください。
・裏面の二重枠内は記入担当者（しおりP2の「5 申込書の記入方法」を参照）が記入してください。
（二重枠以外の項目を記入後、記入担当者に記入を依頼してください。）

《入所希望者（ご本人）》

- 1 申込日（変更申請日）…施設（第一希望施設）に申込書を提出する日
- 2 住所 …住民票がある住所
- 3 介護保険証番号、保険者、要介護認定有効期間 …介護保険被保険者証を参照
※住所が足立区外の方、住所が足立区でも足立区以外の介護保険証の方は、3が確認できる
「介護保険被保険者証」等のコピーを必ず添付してください。
- 4 年金等収入 …ご本人の1ヵ月あたりのおおよその収入金額

《連絡先》

- 5 氏名、住所 …区から入所優先度（結果通知）のお知らせ等を郵送します。また、入所の声かけ等の連絡先になります。必ず連絡がとれ、郵便物が受け取れるご家族等（ご家族の対応が難しい場合は成年後見人、ケアマネジャー等も可）を記入
- 6 電話1、電話2 …日中連絡がつきやすい順に「電話1」「電話2」を記入

《入所希望施設》

- 7 施設番号、施設名…1ヵ所は必ず記入。足立区特別養護老人ホーム一覧（しおりP4～5）を参照
※希望施設以外からの入所の声掛けを希望される場合は該当に☑してください。
※医療的ケアが必要な方、認知症の症状がある方は、「足立区内特別養護老人ホーム医療的ケア等の取扱い（しおりP8～12）」を参照し、受け入れが可能な施設かどうかを必ず確認してください。

《主な介護者、介護者の状況》

※ご本人が病院、施設等に入院・入所中の場合は、在宅に戻られた際の状況を記入してください。

- 8 氏名、住所等 …主に介護されている方を記入
- 9 介護者の状況 …「同居者がいない」場合以外は、該当する項目すべてチェック
注1：「ひとり暮らし」とならない場合
 - ・二世帯住宅に住んでいる
 - ・同じ敷地内に家が2軒あり、別々の家に住んでいる
 - ・家が隣接している
 - ・同じ集合住宅だが、別の階に住んでいる
- 注2：「病気」とは長期に入院中、または進行性・慢性疾患等のため定期的な通院を余儀なくされており、介護ができない状態をいう。
- 注3：「障がい等」とは要支援1以上、身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾病等の医療証の交付を受けている場合をいう。

入所申込書兼調査書の記入方法（裏）

| | |
|------------------------------------|--|
| 住まいの状況 ※該当する項目1つに☑ 10 | <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る家がない。 <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 checked="" 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） |
| ご本人の居場所 11 | <input checked="" 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（ ） 病院・施設名（所在地） _____ 区・市 _____ 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 |

※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☑ 12 | 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） 80% <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" 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（ ） |
| 治療中の主な疾病 診断名 13 服薬の種類 14 | 診断名 高血圧 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（ ） |
| 医療機関名 15 | 医療機関名 △△病院 |
| 病歴 15 | H6 高血圧 H20.6 脳梗塞発症 H26.11 肺炎 |
| 医療等の必要性 ※該当する項目すべてに☑ 16 | ※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"/> パルーンカテーテル <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） 17 | 在宅生活が困難な理由を詳しくお書きください。 戸建てに高齢の妻と二人暮らし。妻も高齢で心疾患があり通院中。子は一人いるが自身の妻の母を在宅介護しており、援助できない。脳梗塞後遺症による左半身マヒあり。以前は杖、介助つきにて移動していたが、現在は筋力低下のため車椅子使用。食事は自立。排泄は尿・便秘あるが、紙オムツ使用。衣服着脱、入浴は全介助。今後身体機能の向上は望めず、車椅子生活となり、住宅、介護者の状況から在宅生活は困難である。早期入所を希望している。 記入者 <input checked="" 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 18 | 氏名、事業所・病院名等（および担当者名） 住所・所在地 足立区中央本町〇-〇-〇 △△事業所 〇〇 〇〇 連絡先電話 3880-XXXX |

| | |
|-----|---|
| 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 19 年 月 日 本人氏名 足立 太郎 (代筆者氏名 足立 一郎) |
|-----|---|

※この申請書は、提出した日の翌年度末まで有効です。期限が切れる前に区から更新のお知らせを送ります。

《住まいの状況、ご本人の居場所》

- 10** 住まいの状況 …立ち退き期限の日付が未定の場合は、おおよその時期を記入
注：施設の退所期限が迫っている等は、「立ち退きを迫られている」には該当しません。
- 11** ご本人の居場所 …住民票の有無にかかわらず、申込日現在の居場所をチェック。
自宅以外は、施設名や所在地を記入し、生活している期間をチェック。
※介護付き施設等を転々としている場合、「施設名」は現在入院・入所している施設名を記入。
「生活している期間」は通算の期間であてはまる項目にチェックし、転々としている旨を「特記事項など」欄に記入してください。
※近いうちに介護施設等への入所が決まっている場合は、「特記事項など」欄にその旨を記入。

例) 介護老人保健施設A → 病院B → **介護老人保健施設C**
 (R2年4～5月) (R2年6～8月) (R2年9月～現在)
 2カ月 3カ月 3カ月 → **通算8カ月**
 ⇒「病院・施設名」には、「介護老人保健施設C（通算3カ所目）」と記入。
 ⇒「介護付き施設等で生活している期間」は「6カ月～1年」にチェック。
 ⇒通算できる施設は、介護老人保健施設、病院、介護療養型施設（介護医療院含む）、グループホーム

※短期入所介護施設等を転々としている場合、「その他」にチェックし、施設の種別を記入。
「施設名」は現在入所している施設名を記入し、「生活している期間」は通算の期間であてはまる項目にチェック。転々としている旨を「特記事項など」欄に記入してください。

《12～18の《記入担当者》については、しおりP2の「5 申込書の記入方法」をご覧ください。》

《ケアプランについて》

12 在宅サービス利用率…過去3カ月間の平均を記入。病院や施設等に入院・入所している場合は在宅の際に利用していたサービスにチェック
 （在宅サービス利用率もわかる場合は記入してください。）

《治療中の主な疾病、病歴、医療等の必要性》

13 治療中の主な疾病…記入した他に生活上影響が大きいものがある場合は、「特記事項」欄に記入
14 服薬の種類 …服薬中のあてはまるものすべてにチェック
15 病歴 …過去にかかった病気で、現在の生活にも影響しているものを記入
16 医療等の必要性 …感染症、または記載されていないもので医療的なケアの必要がある方は、「その他」にチェックし、（ ）に疾病名、ケアの内容等を記入

《特記事項など》

17 特記事項 …在宅生活が困難な理由・状況、ご本人の身体状況（わかる場合は、「日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」）、食事状況等を詳しく記入し、記入者欄をチェック。
18 記入者 …特記事項欄を記入した方の氏名、連絡先を記入。家族以外が記入の場合は記入者の事業所（病院、施設含む）名、担当者氏名、所在地、連絡先を記入。

《同意書》

19 本人氏名 …ご本人の署名が可能な場合は、ご本人が記入。代筆の場合は、本人氏名を記入のうえ代筆者氏名も記入。

ご署名の記入漏れが多いため、ご注意ください。

