

入所申込書調査書の記入方法（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

(新規 変更 更新)

※記入又は該当する項目に☑してください。

1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区民歴 (直近) 区役所職員が記入	
	氏名	足立 太郎		年金等 収入	3 額 約 8 万円	4	
	生年月日	54 年 11 月 11 日生 (93 歳)		生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	年	
	住所	〒120-8510 電話 3880-□□□□ 足立区中央本町1-0-0					
	介護保険 番号	5 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	R5年 3月 31日
要介護度	1 2 3 4 5	※要介護1, 2の方は在宅生活が困難な理由を必ず記入してください。					
在宅生活が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。						
連絡先	フリガナ	アダチ イチロウ		続柄	子	年齢	57 歳
	氏名	足立 一郎		電話	7 3880-△△△△		
住所	6 <input type="checkbox"/> 本人と同じ (違う場合は下に記入 ※通知送付に使用するの必須) 〒120-0034 足立区千住△-△△						
入所希望施設	施設 番号	8 施設名 ※第一希望は必ず記入してください。		左記の施設以外も入所の声掛けを希望する場合は下記へ☑してください。			
	第一希望	0 1	足立新生苑		<input checked="" type="checkbox"/> 9 1	希望施設以外の多床室	
	第二希望	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	
★入所の打診があれば、断らずにすぐ入所するか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない							
主な介護者	<input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先以外の人 (下記を記入) <input type="checkbox"/> 介護者はいない (介護者は介護サービス事業者のみ)						
	氏名	9 足立 花子		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ		
	生年月日	S12年 10月 10日生 (85 歳)					
状況	<input type="checkbox"/> 入所希望者はひとり暮らし。 <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。 <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、18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	10 <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"/> 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							

・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 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
- 4 区民歴 (直近) …職員が記入。空欄で結構です。
- 5 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。

《連絡先》

- 6 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
- 7 電話 …日中連絡がつかやすい電話番号を記入

《入所希望施設》

- 8 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。
 ※「入所の打診があれば、断らずにすぐ入所するか。」はお声掛けの参考にいたします。必ず該当に☑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。

- 9 氏名、住所等 …主に介護されている方を記入
- 10 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。

入所申込書調査書の記入方法（裏）

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（ 年 月 日）。 <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）
入所希望者 居場所	<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"/> 有料老人ホーム（住宅型） <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム（介護型） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
	病院・施設名（所在） _____ 区・市 _____ 介護付き施設等で生活している期間 <input type="checkbox"/> 3ヵ月未満 <input type="checkbox"/> 3～6ヵ月 <input type="checkbox"/> 6ヵ月～1年 <input type="checkbox"/> 1年以上

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 80% ※在宅サービスを利用している場合必ず記入（過去3ヵ月平均） <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	14 診断名 高血圧 15 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	16 H7 高血圧 H21.6 脳梗塞発症 H27.11 肺炎
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"/> M R S A <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）	18 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・便意あるが、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まず、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（ ） 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 ΔΔ 事業所 〇〇 〇〇 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入所検討委員会・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、及び施設入所の際に、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)
-----	---

※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》

11 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。
 注：経済的理由で退所予定の場合は、予定日を必ず記載してください。

12 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
 (R3年4～5月) (R3年6～8月) (R3年9月～現在)
 2ヵ月 3ヵ月 3ヵ月 → 通算8ヵ月
 ⇒「病院・施設名」には、「介護老人保健施設C（通算3ヵ所目）」と記入。
 ⇒「介護付き施設等で生活している期間」は「6ヵ月～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。

13～18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》

13 在宅サービス利用率…過去3ヵ月間の平均を記入。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》

14 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
 15 服薬の種類 …服薬中のあてはまるものすべてにチェック
 16 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
 17 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》

18 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。
 19 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》

20 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