

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区民歴（直近）
	氏名					年金等収入	月額約 万円	※区役所職員が記入 1. 10年以上 2. 1～10年未満 3. 1年未満
	生年月日	年 月 日生（ 歳）	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	住所	〒 - 電話						
	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	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					続柄	年齢	歳
	氏名					電話		
	住所	<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で必須） 〒 -						
入所希望施設	施設番号	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					<input type="checkbox"/> 91	希望施設以外の多床室	
	第二希望					<input type="checkbox"/> 92	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 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					住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）						
	状況	<input type="checkbox"/> 入所希望者はひとり暮らし。 <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、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 <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								

第1号様式（第2条関係）（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 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"/> 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(所在地) _____ 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 ※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 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（ ）		
治療中の主な疾病	診断名 _____	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（ ）	
	医療機関名 _____		
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"/> 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 ・ 介護者状況 （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（ ）	
		氏名、事業所・病院名等（および担当者名） _____	住所所在地 _____
		_____	電話 _____



アイウエオカキ

同意書	私は、入所に関する方法や手続き、利用料について理解したうえで申し込みます。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 _____)



※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。