

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

受付場所
受付日

(□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
氏名
住民登録地
介護保険証番号
要介護度
特例要介護度
入所希望施設

入所希望者を主に介護する人について
いづれか
介護者氏名
介護者の現在の状況

認知症の周辺症状(直近3か月)
□ない □ある ※該当する項目すべてに☑

病歴
医療的ケア等

入所希望者の住まいの状況（現在）	現在入所中の 病院・施設名		区・市
	現在の居場所（ウ） ※下記の項目1つに☑	生活環境 ※下記の項目1つに☑ ※日付の記載がある場合のみ加点	
	<input type="checkbox"/> 自宅 <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"/> ショートステイ(★)	※左記に☑をした場合は、 <b>入所希望者の自宅</b> の状況に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 自宅から立ち退きを迫られている。(立ち退き期限： 年 月) <input type="checkbox"/> 自宅を引払った等により、住居がない。(引払い日： 年 月) <input type="checkbox"/> 自宅に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から、自宅の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。 <input type="checkbox"/> 自宅に介護上の問題はない。	
	(★)へ入所中の方は通算入所期間が1年を超えていますか。(工) <input type="checkbox"/> はい		
	<input type="checkbox"/> グループホーム(★) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(住宅型) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(介護型) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	※左記に☑をした場合は、 <b>その施設</b> の状況に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 入所施設から立ち退きを迫られている。(立ち退き期限： 年 月) <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に入所中だが、経済的理由で退所予定。(退所予定日： 年 月) <input type="checkbox"/> 入所施設に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。 <input type="checkbox"/> 介護上の問題から、入所施設の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。 <input type="checkbox"/> 入所施設に介護上の問題はない。	

特別な事情による加点等 ※しおりの優先入所基準「6」を参照	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> カ ( <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 100歳以上) <input type="checkbox"/> キ
----------------------------------	--

担当者	氏名	※ケアマネジャー等	事業所名 電話番号	
	支給限度額に対する在宅サービス利用率（過去3か月で一番多い%）(オ)			%
※入所希望者の現在の居場所が自宅、ショートステイ、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム(住宅型)のみ、上記の担当者が記載				

特記事項	(在宅生活が困難な理由、入所希望者の状況、介護者の状況等を詳しくお書きください)		入所希望者の状況	
			1. 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 2. 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 3. 移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす(介助・自操) 4. 認知症自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明	
記入者		<input type="checkbox"/> 担当者 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

連絡先	フリガナ		続柄		年齢	歳
	氏名		電話番号			
	住所	<input type="checkbox"/> 入所希望者と同じ <b>※通知送付に使用するので必須</b> 〒 -				

同意書	内容をご確認の上、必ず☑をしてください。☑がない場合は、受付できません。 <input type="checkbox"/> 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込し、申込書にある個人情報等の内容を区・各施設・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等へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 入所希望施設より入所の打診をされた際は、 <b>すみやかに入所する意思があります。</b> <input type="checkbox"/> 入所希望施設を自己都合で断った場合は、辞退扱いとなり、届出が必要となることを確認しました。	
	年 月 日 入所希望者氏名 _____ (代筆者氏名) _____	

※提出先は、第一希望の施設です。

アイウエオカキ