

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	☐ 男 ☐ 女	生活保護	☐ 有 ☐ 無	区民歴（直近）
	氏 名				生年 月 日	年 月 日（ 歳）			1. 10 年以上 2. 1～10 年未満 3. 1 年未満
	住 民 登録地	〒 -							
	介護保険証 番 号				保険者	☐ 足立区 ☐ その他	要介護認定 有効期限	年 月 日	
	要介護度	3	4	5	保険者が足立区以外の場合は、介護保険証のコピーを添付してください。				
	特例 要介護度	1	2	※要介護1、2の場合は下記のいずれかに ☒ があれば申込可 ☐ 認知症・知的障がい・精神障がいである ☐ 独居 ☐ 深刻な虐待により行政が関与している					
	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			左記へ記入した希望施設以外への入所を 希望する場合は下記へ ☒		
	第一 希望					☐ 他の多床室も希望する。			
	第二 希望					☐ 他のユニット型個室も希望する。			

入 所 希 望 者 を 主 に 介 護 す る 人 に つ い て	い ず れ か ☒	☐ ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。					
		☐ 虐待により家族等と同居できなくなった。 （介護者は介護サービス事業者のみ）			→ ☒ を付けた方は矢印へ進む		
		☐ 家族等と同居している。または入院・入所前に同居していた。（下記の欄を記入してください）					
	介護者 氏名	続柄		生年 月 日	年 月 日（ 歳）		☐ 入所希望者と同居中 ☐ 入所希望者と別居中
	※入院・入所中の場合、在宅に戻った際の状況を記入	☐ 介護をする人が、障がい手帳等や介護認定を受けている。《状況記入欄》 または、進行性の疾患や慢性疾患のため、定期的な通院をしており、日常的な介護ができない。 ※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点 ☐ 介護をする人は、入所希望者以外にも 障がい等がある方を介護している。 ※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点 ☐ 介護をする人は、75歳以上である。 ☐ 介護をする人は、65歳以上74歳以下である。 ☐ 介護をする人は、18歳以下である。 ☐ 介護をする人は、小学生以下の子どもを育児中である。 ☐ 介護をする人は、週合計40時間以上勤務をしている。 ☐ 介護をする人は、週合計20～39時間勤務をしている。 ☐ 介護のために仕事を続けられなくなった。（ 歳で退職） ☐ 上記に該当なし。					

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☒

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ 徘徊 | ☐ 暴力行為 | ☐ 不潔行為（弄便） | ☐ 異食 | ☐ 大声や奇声 |
| ☐ 帰宅願望 | ☐ 昼夜逆転 | ☐ 介護への抵抗 | ☐ 妄想 | ☐ 幻覚・幻聴 |
| ☐ 火の不始末 | ☐ せん妄（錯乱） | ☐ うつ・抑うつ | ☐ 失禁 | ☐ 食べない |

病 歴		医 療 的 ケ ア 等	※しおりを参照し、入所希望先が受け入れできるかを確認してください。	
			☐ 胃ろう ☐ 経管鼻腔 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ 在宅酸素 ☐ MRSA ☐ 肝炎 ☐ インシュリン(注射) ☐ 人工透析 ☐ たんの吸引 ☐ その他（ ）	

提出先は第一希望施設

第1号様式（第2条関係）（裏）

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
	☐ 自宅 ☐ 病院（★） ☐ 介護老人保健施設（★） ☐ 介護医療院（介護療養型医療施設）（★） ☐ ショートステイ（★）	※左記に☑をした場合は、入所希望者の自宅の状況に☑をしてください。 ☐ 自宅から立ち退きを迫られている。（立ち退き期限： 年 月） ☐ 自宅を引払った等により、住居がない。（引払い日： 年 月） ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 自宅に介護上の問題はない。
	☐ グループホーム（★） ☐ 有料老人ホーム（住宅型） ☐ 有料老人ホーム（介護型） ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ ケアハウス ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 養護老人ホーム	（★）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） ☐ はい

特別な事情による加点点等 ※しおりの優先入所基準「6」を参照	☐ ア ☐ イ ☐ カ（ ☐ 災害 ☐ 虐待 ☐ 100歳以上） ☐ 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 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 2. 排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 3. 移動 ☐ 寝たきり ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車いす（介助・自操） 4. 認知症自立度 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ M ☐ 不明	
	記入者	☐ 担当者 ☐ 連絡先 ☐ その他（ ）		

連絡先	フリガナ		続柄		年齢	歳
	氏名		電話番号			
	住所	☐ 入所希望者と同じ ※通知送付に使用するので必須 〒 -				

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。 ☐ 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。 ☐ 入所希望施設より入所の打診をされた際は、すみやかに入所する意思があります。 ☐ 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。	
	入所希望者氏名	(代筆者氏名)

アイウエオカキ