

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	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 足立区 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> があれば申込可 <input type="checkbox"/> 認知症・知的障がい・精神障がいである <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>		
	第一 希望					<input type="checkbox"/> 他の多床室も希望する。			
	第二 希望					<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。					
		<input type="checkbox"/> 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)			→ <input checked="" type="checkbox"/> を付けた方は矢印へ進む		
		<input type="checkbox"/> 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）		<input type="checkbox"/> 入所希望者と同居中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、65歳以上74歳以下である。 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、18歳以下である。 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、週合計40時間以上勤務をしている。 <input type="checkbox"/> 介護をする人は、週合計20～39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) <input type="checkbox"/> 上記に該当なし。					

認知症の周辺症状(直近3か月)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	※該当する項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<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	<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）	<input type="checkbox"/> うつ・抑うつ	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 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。	
			<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"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> インシュリン(注射) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院（★） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（★） <input type="checkbox"/> 介護医療院（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、入所希望者の自宅の状況に☑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。			
	<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、その施設の状況に☑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 ※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。 <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、すみやかに入所する意思があります。 <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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 入所希望者氏名 _____ (代筆者氏名) _____					

アイウエオカキ