

入所申込書兼調査書の記入方法（表）

第1号様式（第3条関係）（表）

受付：

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

1

（新規 変更 更新）

太枠内を記入し、該当する項目にしてください。 申込日(変更申請日) 平成 28年 12月 1日

入所希望者(ご本人)	フリガナ	アダチ タロウ		性別	生年月日	
	氏名	足立 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 3年 11月 11日(88歳)	
	住所	〒120-8510 電話 3880- 足立区中央本町1-				
	介護保険番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	要介護認定有効期間	平成29年9月30日まで		
要介護	1 2 3 4 5	年金等収入月額約	5	万円	生活保護	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
在宅生活が困難な理由	認知・障がい等	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こと。				
特に入所要件	<input checked="" type="checkbox"/> 独居等	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こと。				
要介護1、2の方は必須	虐待	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こと。				
連絡先	フリガナ	アダチ イチロウ		続柄	電話1	3880
	氏名	足立 一郎		子(56歳)	電話2	8
住所	本人と同じ(違う場合は下に記入) 〒120-0034 足立区千住-					
入所希望施設		9 施設番号・施設名を必ず1つ以上記入		希望施設以外の施設も希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/>		
希望順	施設番号	施設名		多床室、ユニット型個室の両方を希望する場合はそれぞれ <input checked="" type="checkbox"/>		
1	0 1	足立新生苑		<input checked="" type="checkbox"/> 9 1	希望施設以外の多床室でもいい	
2	2 3	ル・ソラリオン綾瀬(多)		9 2	希望施設以外のユニット型個室でもいい	
主な介護者	足立 花子		続柄: 妻	住所(本人・連絡先と違う場合は記入してください)		
介護者がいない場合は <input checked="" type="checkbox"/>	(大昭和)平11年10月10日生 80歳			本人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 連絡先と同じ		
介護者の状況	同居者がいない。(ひとり暮らし) 注1					
介護の悩みを共有できる親族 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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。注2 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。注3 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 介護者は、65歳以上74歳以下である。 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 介護者は、週平均()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)					
認知症の周辺症状	<input checked="" type="checkbox"/> ない		ある	ある場合は、該当する項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/>		
徘徊	暴力行為(暴力・暴言)		不潔行為(弄便)	異食	大声や奇声	
帰宅願望	昼夜逆転(不眠・睡眠障害)		介護への抵抗	妄想	幻覚・幻聴	
火の不始末	せん妄(錯乱・混乱状態)		うつ・抑うつ	失禁	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太枠内及び同意書欄を記入してください。
・裏面の二重枠内は担当ケアマネジャー等が記入してください。(二重枠以外の項目を記入後、担当ケアマネジャー等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 介護保険証番号...介護保険被保険者証の(一)面の番号
- 4 要介護度、要介護認定有効期間...介護保険被保険者証の(二)面を参照
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、4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。
- 5 年金等収入...ご本人の1か月あたりのおおよその収入金額
- 6 在宅生活が困難な理由...要介護1、2の方は必ず記入

《連絡先》

- 7 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
- 8 電話1、電話2...日中連絡がつく電話番号及び時間帯を記入。「電話1」で連絡がつかなかった場合に連絡がつく電話番号及び時間帯を「電話2」に記入

《入所希望施設》

- 9 施設番号、施設名...1か所は必ず記入。足立区特別養護老人ホーム一覧(しおりP.3)を参照
希望施設以外の施設も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P.5~7)」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。
4人部屋主体の施設かユニット型個室の施設かで、月額の利用料金が異なります。詳しくは各施設にお問い合わせください。

《主な介護者、介護者の状況》

- 10 氏名、住所等...主に介護されている方を記入
- 11 介護者の状況...ご本人と同居している場合は、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
・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。

《認知症の周辺症状》

- 12 症状が「ある」場合...該当する項目すべてにチェック

入所申込書兼調査書の記入方法（裏）

第1号様式（第3条関係）（裏）

住まいの状況	住居から立ち退きを迫られている（立ち退き期限：平成 年 月 日） 入院中・入所中であるが、戻る家がない（引き払った、または処分した）、 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である。 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。 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。 住宅に介護上の問題はない その他（具体的に）		
ご本人の居場所	<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 checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	病院・施設名（所在地）	病院	足立 区 市
	介護付き施設等で生活している期間	<input checked="" type="checkbox"/> 3か月未満	3～6か月 6か月～1年 1年以上
ケアプランについて	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か月平均）	%	
利用しているものに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
治療中の主な生活上影響の大きいもの(1つ)	診断名 高血圧 医療機関名 病院	服薬の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 整腸	<input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 向精神 <input type="checkbox"/> その他（ ）
病歴	H6 高血圧 H20.6 脳梗塞発症 H26.11 肺炎		
医療等の必要とするすべてに <input checked="" type="checkbox"/>	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。 <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・経口薬） <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
介護支援専門員等による特記事項など	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。入院前までは杖、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めず、車椅子生活となり、住宅、介護者の状況からも在宅生活は困難である。早期入所を希望している。 記入者 ケアマネ <input checked="" type="checkbox"/> 相談員 家族 包括 ケースワーカー その他（ ）		
介護支援専門員（ケアマネジャー）	事業所名・担当者名	所在地	足立区中央本町 - -
	病院	連絡先電話	3880-xxxx

* 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。

同意書	私は、入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・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、及び施設入所に際して、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。		
	本人氏名	足立 太郎	（代筆者氏名 足立 一郎）

《住まいの状況、ご本人の居場所》

- 13** 住まいの状況 ...あてはまる項目1つにチェック。「住居から立ち退きを迫られている」場合は立ち退き期限を記入。（日付が未定の場合は、おおよその時期を記入）
- 14** 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。自宅以外の場合、施設名、所在地を記入し、生活している期間をチェック。近いうちに介護施設等への入所が決まっている場合は、「介護支援専門員等による特記事項など」欄にその旨を記入してください。

病院、介護老人保健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と、施設等を転々としている旨を記入し、「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。
 例) 介護老人保健施設 A 病院 B 介護老人保健施設 C
 (H28年4～5月) (H28年6～8月) (H28年9～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ヵ月所目)」と記入。
 「介護付き施設等で生活している期間」は「6か月～1年」にチェック。

短期入所介護施設等を転々としている場合も、「その他」にチェックし、施設の種別と転々としている旨を記入。「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。

15～21 は、原則担当ケアマネジャー等が記入。（記入するケアマネジャー等がない場合は、ご家族の方が記入してください。）

《ケアプランについて》

- 15** 在宅サービス利用率...在宅サービスを利用している場合は、過去3か月間の平均を記入。利用しているサービスにチェック
 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》

- 16** 治療中の主な疾病...治療している疾病のうち、生活上一番影響の大きいものを1つ記入。他にも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
- 17** 服薬の種類 ...服薬中のあてはまるものすべてにチェック
- 18** 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
- 19** 医療等の必要性 ...あてはまる項目すべてにチェック。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

《介護支援専門員等による特記事項など》

- 20** 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。
- 21** 介護支援専門員 ...特記事項欄を記入した担当のケアマネジャーの事業所名、所在地、氏名、連絡先を記入。ケアマネジャー以外の方が記入した場合は、記入者の事業所（病院、施設）名、所在地（住所）、氏名、連絡先を記入

《同意書》

- 22** 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。