

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）

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 年 月 日

入所希望者(ご本人)	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名				男	明治・大正・昭和		
					女	年 月 日(歳)		
	住所	〒 - 電話			足立区			
介護保険証番				要介護認定有効期間	平成 年 月 日まで			
要介護度	1	2	3	4	5	年金等収入 月額 約 万円	生活保護	有 無
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。						
特列入所要件	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			続柄	電話1	日中		
	氏名			(歳)	電話2	つながる時間帯		
	住所	本人と同じ(違う場合は下に記入) 〒 -						
入所希望施設		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☑		
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☑		
1						9 1	希望施設以外の多床室でもいい	
2						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	氏名	続柄:			住所(本人・連絡先と違う場合は記入してください)			
	(大・昭・平 年 月 日生 歳)				本人と同じ 連絡先と同じ			
介護者がいない場合は☑	介護者は介護サービス事業者のみ							
介護者の状況	同居者がいない。(ひとり暮らし)							
介護の悩みを共有できる親族ありなし	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。							
	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。							
	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	ない	ある	ある場合は、該当する項目すべてに☑					
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		

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。 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	自 宅 ケアハウス サービス付き高齢者向け住宅 グループホーム 病 院 老人保健施設 介護療養型医療施設 有料老人ホーム 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	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☑	通所介護(デイサービス) 短期入所介護(ショートステイ) 小規模多機能 看護小規模多機能	訪問介護 訪問看護 通所リハビリテーション その他()	訪問入浴介護 福祉用具貸与 訪問リハビリテーション	
治療中の主な疾病	診断名	服薬の種類		
生活上影響の大きいもの(1つ)	医療機関名	血 圧 高脂血症 糖尿病 認 知 症 整 腸 その他()	心 臓 向精神	
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。 胃 ろ う 経 管 鼻 腔 人工肛門 バルーンカテーテル 在宅酸素 M R S A 肝 炎 インシュリン(注射・経口薬) 人工透析 たんの吸引 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。 ・申込理由 ・食事状況 ・身体状況 (自立度等)			
	記入者	ケアマネ	相談員	家族
		包括	ケースワーカー	その他()
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	事業所名・担当者名	所在地		
		連絡先電話		

*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。 平成 年 月 日			
	本人氏名	(代筆者氏名)		