

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					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)				
	住 所	〒 — 電話 _____ 足立区									
	介護保険証番号					要介護認定有効期間	平成 年 月 日まで				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	年金等収入	月額約	万円	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
在宅生活が困難な理由	<input type="checkbox"/> 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。								
特例入所要件	<input 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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					希望施設以外で空きがあった場合、その施設から入所の声掛けを希望する場合は☑				
希望順	施設番号	施設名				※多床室、ユニット型個室ともに希望する場合はそれぞれに☑					
1						<input type="checkbox"/> 91	希望施設以外の多床室				
2						<input type="checkbox"/> 92	希望施設以外のユニット型個室				
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)				<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ					
※介護者がいない場合は☑		<input type="checkbox"/> 介護者は介護サービス事業者のみ									
主な介護者の状況		<input type="checkbox"/> 同居者がいない。(ひとり暮らし) ※記入方法にて、「ひとり暮らしとならない場合」をご確認ください。									
介護の悩みを共有できる親族		<input 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上74歳以下である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、週平均( )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)									
認知症の周辺症状		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		※ある場合は、該当する項目すべてに☑							
		<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為(暴力・暴言)	<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(不眠・睡眠障害)	<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・混乱状態)	<input type="checkbox"/> うつ・抑うつ	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 食べない					

住まいの状況 ※該当する項目 1つに☑	<input type="checkbox"/> □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）。 <input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 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。 <input type="checkbox"/> 住宅に介護上の問題はない <input type="checkbox"/> その他（具体的に） _____		
ご本人の居場所	<input type="checkbox"/> □自 宅                      □ケアハウス                      □サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム                      □病 院                      □介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 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カ月未満    □3～6カ月    □6カ月～1年    □1年以上		
ケアプラン について ※利用している ものに☑	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カ月平均） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）                      □訪問介護                      □訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ）                      □訪問看護                      □福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能                      □通所リハビリテーション                      □訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能                      □その他（ _____ ）		
治療中の主な疾病 ※生活上影響の大きいもの(1つ)	診断名 _____ 医療機関名 _____	服薬の種類 <input type="checkbox"/> 血 圧    □ 高脂血症    □ 心 臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病    □ 認 知 症    □ 向精神 <input type="checkbox"/> 整 腸    □ その他（ _____ ）	
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。（しおりP6～9参照） <input type="checkbox"/> 胃 ろ う    □ 経 管 鼻 腔    □ 人工肛門    □バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素    □ MRSA    □ 肝 炎    □ インシュリン（注射・経口薬） <input type="checkbox"/> 人工透析    □ たんの吸引    □ その他（ _____ ）		
特記事項 など ・ 申込理由 ・ 食事状況 ・ 身体状況 （自立度等）	在宅生活が困難な理由を詳しくお書きください。 _____ _____ 記入者    □ケアマネ    □相談員    □家族    □包括    □ケースワーカー    □その他（ _____ ） ※下欄に記入者氏名等をご記入ください。		
記 入 者	氏名、事業所・病院名等（および担当者名）	住所・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、利用料について説明を受けました。この申込書にある個人情報等の内容を 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 _____)		
-------------	---	--	--