

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	明治・大正・昭和				
						<input type="checkbox"/> 女	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	1	2	3	4	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				希望施設以外の施設も希望する場合は☑ ※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☑					
希望順	施設番号	施設名									
1						<input type="checkbox"/> 91	希望施設以外の多床室でもいい				
2						<input type="checkbox"/> 92	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)				<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										
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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							

<b>住まいの状況</b>	<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） _____			<input type="checkbox"/>
<b>ご本人の居場所</b>	<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 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（ _____ ）			<input type="checkbox"/>
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）	_____ %	<input type="checkbox"/>	
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"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			<input type="checkbox"/>
<b>治療中の主な疾病</b>  ※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 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認 知 症 <input type="checkbox"/> 向精神 <input type="checkbox"/> 整 腸 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	
<b>病 歴</b>				<input type="checkbox"/>
<b>医療等の必要性</b> ※該当する項目すべてに <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（ _____ ）			<input type="checkbox"/>
<b>介護支援専門員 等による特記事項 など</b>  ・ 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 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			<input type="checkbox"/>
<b>介護支援専門員 （ケアマネジャー）</b>	事業所名・担当者名	所 在 地	_____	<input type="checkbox"/>
		連絡先電話	_____	<input type="checkbox"/>

\*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。  <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> 本人氏名 _____（代筆者氏名 _____）
-----	--