

介護老人福祉施設『特別養護老人ホーム ●●●●●●●●●●』入所申込

① 申込書を施設へ提出する日をご記入下さい。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

※ (有効期限・上記申込受付日から1年間)

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更になった場合は、必ずお届けください。

施設長様

入所希望者 (本人)

② 入所する方について

フリガナ	エドガワ ハナコ	性別	生年月日
氏名	江戸川 花子	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 8年7月10日生 (82歳)
住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都江戸川区〇〇〇町〇〇-〇〇		
電話	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
保険者	江戸川区、〇〇区、〇〇市など	保険者番号	〇〇〇〇〇〇
被保険者番号	0 0 0 0 1 3 △ □ × ○	要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入ください <b>➡ P4へ</b>			
現在の居場所	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に)		

③ 介護保険証を見て、ご記入します。

③

現在、いらっしゃる場所に☑をします。  
5. その他は、例えばグループホームや有料老人ホーム等に入居している場合にご記入します。

申込代理者 (申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。)

フリガナ	エドガワ ウメコ	入所希望者	
氏名	江戸川 梅子	との続柄	長女
住所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都△△区〇〇町△△-1		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

④

④ ご本人でない場合は、申込書をご記入される方のお名前と住所等をお願いします。

連絡先 (申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください)

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

現在のケアマネジャーをご記入下さい。

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

手帳は交付されている方のみご記入して下さい。

⑥

⑤	身長	c m	体重	kg
	障害	身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) 種 級 障害名 ( )		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級 )
入所希望者の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input checked="" type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない		
	言葉	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (箇所 臀部 )		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 (ピック病など) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input checked="" type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である <input checked="" type="checkbox"/> その他 (夜中に独り言がある。同じ事を何度も何度も聞く。 )		
	医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 点滴 )		
		現在治療中の病気 ( 高血圧 <span style="float:right">⑦</span> )		
既往歴 ( 盲腸、白内障手術 <span style="float:right">⑧</span> )				
感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎 ( 型 ) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <span style="float:right">⑨</span> <input checked="" type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ( )			

	<input type="checkbox"/> 介護者がいない		
	別居	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 1週間に3回以上通って介護している（1週間に____回） ※主に介護している方について記入してください	
氏名			入所希望者との続柄
	住所		
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____ ）		
介護者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください		
	氏名	江戸川 梅子	入所希望者との続柄 長女
	生年月日	明治・大正 (昭和) 38年〇〇月△△日生	( 52 歳)
同居	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （種 級 障害名 _____ ） <input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている （ 度 _____ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害名 _____ ） <input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回） <input checked="" type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input checked="" type="checkbox"/> 不規則（具体的に 週3日午前中のみ） <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input checked="" type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 江戸川 太郎 介護の状況 _____ 実父 要介護1 _____ ）		

⑩

この欄は、生年月日まで記入して下さい。

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない	} ⑪
	<input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない	
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。	} ⑫
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる	
	<input type="checkbox"/> 本人が動かないようにしぼりつけるなど、抑制することがある	

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。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター（文書を確認し、日付と署名をお願いします。）・担当ケアマネジャーへ提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

※1部コピーをとって保管してください。 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

「特例入所」の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮します。

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

◆要介護1・2の入所希望者については、上記事由の該当番号を記入のうえ、居宅において日常生活を営むことが困難な具体的な内容を記入してください。

該当番号	日常生活に支障を来たすような症状・行動・意思の疎通が困難な具体的な内容
①～④から該当する番号を全て記入します	<p style="text-align: center;"><b>このページは要介護1、2で申請を希望する方のみ記入をします。</b></p> <p style="text-align: center;"><b>上記の項目に該当し、自宅で生活する事が困難である状況を具体的にご記入下さい。</b></p>

※別紙 入所希望確認欄

\*ご意向を確認したいため、できる限りご記入をお願い致します。

① 入所希望時期

入所をご希望する時期に☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 早急	<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内
-----------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

② 入所申込施設

いずれかに☑をお願いします。

<input type="checkbox"/> 他特養施設も入所申込している
<input type="checkbox"/> 当施設しか入所申込していない