

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・ <b>昭和</b> 8年7月10日生 (82歳)
住所	〒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・ <b>3</b> ・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 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。

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 )	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可		<input checked="" type="checkbox"/> つかまり歩行	
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"/> 大腸透析 <input type="checkbox"/> 大腸門 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <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="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">⑦</span> )			
	既往歴 ( 盲腸、白内障手術 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">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="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">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 ( )			

手帳は交付されている方のみご記入して下さい。

⑥

入所希望者の状況

介 護 者 の 状 況	<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 _____）			
同 居	<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 <b>昭和</b> 38年〇〇月△△日生 （52歳）		
	<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  
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（文書確認室）・担当ケアマネジャーへ提供することに同意します。

文書を確認し、日付と署名をお願いします。

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( ) \_\_\_\_\_