

江戸川区介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

年 月 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。

特別養護老人ホーム施設長様

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
保険者		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期間	年 月 日 ~ 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			
現在の居場所	<input 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 )		

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		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	<input type="checkbox"/> 携帯 ( )	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

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	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) <input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	<input type="checkbox"/> 携帯 ( )	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

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。

	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 type="checkbox"/> つかまり歩行
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input 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 type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない	
言葉	<input 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 type="checkbox"/> 有 (箇所 )	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である <input type="checkbox"/> その他 ( )	
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"/> 大動脈透析 <input type="checkbox"/> 大動脈門 <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 type="checkbox"/> その他 ( )	
	現在治療中の病気 ( )	
	既往歴 ( )	
感染症	<input 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 <input 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 ( )	

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 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		入所希望者との続柄	
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	（ 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 type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に _____） <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 _____）			

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない <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。 <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特別養護老人ホーム入所に係る内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター（熟年相談室）・担当ケアマネジャー・区内特別養護老人ホーム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(\_\_\_\_)