様式第１号（１枚目・表）

# 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 入 所 申 込 書

　　　　　　　【　新　規　・　再申請　】 　　※いずれかに○を付けてください

墨田区長　あて 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※裏面にも記入項目があります。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）を利用したいので、下記のとおり申し込みます。

なお、この申込書記載内容に虚偽があった場合は、申込みを無効とされても異議ありません。

区役所

使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 介 護 保 険  被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治・大正・  昭和　　　　　　　　　　 年　　　月　 　 日（　　　歳） |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 住　所 | 〒 － |
| 入所希望者  氏　名 |  | | | | | | | | | |  |
| 要介護度 | １ ・ ２ ・ ３ ・ ４　 ・　５ | | | | | | | | | |
| 有効期間終了日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 　　　　　　（　　　　　　　） |
| 本人区内居住歴 | 申込日で、墨田区民となって　　２年以上である。　　　２年未満である。 | | | | | | | | | | | |
| 本人の収入  ※あてはまるものに☑ | 収入なし　　（生活保護の受給：　有　・　無　・　受給予定）  収入あり　　（収入額の合計：１か月　約　　　　　　　　　　　円）　　負担割合　１割　２割　３割  ※介護保険負担限度額認定証をお持ちですか？　　はい　・　いいえ　・　申請予定  　　「はい」の方は、食費の負担限度額　　300円　　390円　　650円　　その他 | | | | | | | | | | | |
| 本人の生活状況  ※あてはまるものを☑、必要事項をご記入くだ  さい | 自宅では　　ひとりぐらし　　　家族等と同居 | | | | | | | | | | | |
| 申込時点での生活状況  　自宅で暮らしている。　　　　　　　　住所が異なる家族が引き取るか、泊まり込みで介護している。  　施設入所中である (施設の種類　特養　　老健　グループホーム　有料ホーム　その他）  　　　（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 入所時期　　　　　年　　　月頃から）  　入院中である　（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　（入院時期と理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※入所中・入院中の方は、現在の施設・病院からの退所・退院は必須ですか？　　はい　　いいえ  　その他 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 連絡先  \*入所その他の連絡を受けて対応してくださる方を記入してください。 | フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話　　　　　（　　　　　）  〒　 -　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日中連絡先　　　 （　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話　　　 （　　　　　）  日中連絡先　　　（　　　　　） | | | |

※　入所を希望する施設　　入所時期について、お考えにあてはまるものを☑し、指定する施設に◎、○を付けてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所時期についてのお考え | 下の表から第一希望施設のみ  選び、◎を付けてください。  　　どこでも良いので、できる限り早く入所したい。  （ユニット型　可　　不可　、　区外特養　可　　不可）  下の表から施設を選び、◎、  〇を付けてください。  　指定した施設であれば、できる限り早く入所したい。  　　現時点では入所を考えていないが、将来に備え申し込みたい | | | | | | | |
| 墨田区内の施設  ※区内・区外を併せて、第1希望とする施設に◎ をつけてください。  ※◎の他に、希望する施設に○をつけてください。 | 従来型（多床室(一部個室有)） | | | 墨田区外の施設  ※希望する施設に〇をつけてください。 | 従来型（多床室(一部個室有)） | | ユニット型（全室個室） | |
|  | | たちばなホーム |  | 足立翔裕園 |  | あゆみえん |
|  | | なりひらホーム |  | 諏訪の森 |  | 徳寿園 |
|  | | はなみずきホーム |  | 小松原園 | ※この他に、近隣他県等の特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等の入所相談を承っております。ご希望の方はケアマネジャー・高齢者支援総合センター・高齢者福祉課相談係へお問い合わせください。 | |
|  | | 同愛記念ホーム |  | 杜の園 |
|  | | 和翔苑 |  | 麦久保園 |
|  | | 東京清風園従来型 |  | 第2徳寿園 |
|  | | 木下川吾亦紅従来型 |  | カントリービラ青梅 |
|  | | しらひげ従来型 |  | 第2カントリービラ青梅 |
| ユニット型（全室個室） | | |  | サンシャインホーム |
|  | ケアホームズ両国 | |  | シルバーコート丹三郎 |
|  | 寿老の里 | |  | 栄光の杜 |
|  | 東京清風園ユニット型 | |  | |
|  | 木下川吾亦紅ユニット型 | |  | |
|  | しらひげユニット型 | |  | |

本人氏名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

様式第１号（１枚目・裏）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【入所申込書　２面】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　下記の項目について同意します。（記名・押印してください。）**  １　入所希望者の要介護度及び要介護認定調査内容等を区が確認すること。  ２　この申込書にある内容及び要介護認定調査内容等を入所検討委員会、高齢者支援総合センター、  　　ケアマネージャー等に提供すること。  ３　入所希望者が入所、死亡、要介護認定非該当等の理由により、待機者資格を喪失した場合、該当者の  情報を入所連携連絡会等に提供すること。  ４　この入所申込書の内容に変更等が生じた場合及び入所の案内を辞退した場合は、再申請をすること。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 本人 | ㊞ | 家族・親族等 | ㊞ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※各項目について、該当する□に☑を記入してください。 | | |
| １.入所希望者本人について | 認知・精神症状等による日常生活への支障と、支援の必要程度  徘徊（ひとりで外に出ることがある　ない） 　暴力傾向（暴力・暴言・破壊行動）  食行動異常（異食・過食・食べない）　　　介護への抵抗・拒否  妄想・幻覚・幻聴　 　不安が強い　　感情不安定　　　睡眠障害  同じ話の繰り返し　　 不潔行為　　 収集癖 　　　　 独語・声出し  転倒・転落の危険性がある。　　　　　　 点滴等を外してしまう。  見当識障害（時間、居場所等の理解ができない。） 失行（着替え等の行動手順が分からない。）  失認（見知った道具の使い方が分からない。）　　　 失語（言葉が出てこない。）  薬・金銭・物品等の管理ができない。　　　　　火や水の不始末  日常的な意思決定や判断ができない。　　　　　会話が成立しない。  認知・精神症状等による日常生活への支障はない。  その他（具体的に） | |
| 支援の必要程度について  本人や周囲に危険が及ぶおそれのある言動が頻繁に見られ、常時目が離せない。  日常生活に支障を来す言動や症状が毎日あり、１日に複数回の指示・確認が必要  日常生活に支障を来す言動や症状が時々あり、１日に１回以下程度の指示・確認が必要  通院や手続に支援が必要だが、日常生活上介護の手間となる意思能力低下はない。  支援の必要はない。 | |
| 日常生活動作に関する介助の必要性  寝たきり等のため、日常生活動作に全面的な介助が必要  寝起き・移動・排泄・食事のいずれかに全面的な介助が必要  寝起き・移動・排泄・食事のいずれかに部分的な介助が必要  寝起き・移動・排泄・食事は、見守りの元であれば自力で行うことができる。  起居動作見守り不要  （具体的状況） | |
| 医療器具の使用 | 胃ろう 鼻腔栄養　尿カテーテル 人工肛門  人工透析 気管切開　酸素療法　　 中心静脈栄養  インシュリン注射　 　 たん吸引　 　その他( 　　　 ) |
| ２.自宅に ついて | 入院・入所中で、戻る自宅がない。  自宅からの立ち退きを求められている。又は引き払う予定である。  本人の身体的・精神的理由により自宅での生活は不可能である。  自宅に構造上の問題があり、本人の生活又は介護を困難にしている。  住居部分が2階以上であり、エレベーターが設置されていない。  トイレ・風呂・居間等と自室が別の階にあり、日常的に階段を利用して移動する。  老朽・狭小・段差がある等の理由により移動や介護が困難である。  自宅が不衛生な状況であり、本人の健康を損なうおそれがある。  自宅で介護や生活を行う上で、特段の問題はない。  その他（具体的に） | |

２

区役所

使用欄

1

|  |  |
| --- | --- |
| ３.主な介護者について | 手続や本人世話を行うのは、介護サービス事業者等の第三者のみである。  　　（家族・親族等の有無　あり　　なし） |
| 手続や本人世話を行う家族等（内縁関係者を含む）がいる。  　　主な介護者　　※本人との関りが最も多い方  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　　　　　年齢  　　住所　本人と同じ　連絡先と同じ　その他( ) |
| 主な介護者の状況　　（1）～（６）の該当する項目全てに☑ |
| （１）別居である。（入所希望者が入院・入所中の場合は、入院・入所前は別居であった。）  　　　　世話を行う頻度 ほぼ毎日　　週半分程度　　週１～２回　　週1回未満  　　　　世話の内容　　 食事・排泄など身の回りの世話　　通院同行・手続など特別な場合の支援 |
| （２）病気や障害がある。  　　　　要介護認定　　　　　　あり（要支援　１　・　２　、要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　）  　　　　各種障害手帳所持　 あり（身体　精神　愛の手帳　公害認定　その他　　　　　　　　）  　　　　難病認定　　　　 　　　あり（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　定期的な通院　　　　 あり（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  通院したいができない。 |
| （3）介護疲れ（ストレス感・疲労感・体の痛みや体調不良感など）がある。  　　　　程度　　強く感じる、又は生活や健康状態に影響がある。　　ある程度感じる。  ほとんど感じない。 |
| （４）複数の人を介護している（看病、障害児・者や子・孫の世話を含む。）。  　　　　主な介護者との続柄：  未就学児　　　看病を要する。　　障害がある。　　要介護・要支援認定を受けている。  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （５）仕事をしている。  　　　　 週平均の勤務時間　　　　　　時間位　※夜間勤務　あり　・　 なし  　　　　　　　　　　　　　※不規則勤務　あり　・  なし  介護のため退職・休職・勤務時間減を余儀なくされている。  　　　　　（「いつ退職」など具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　退職等に伴う生活への影響・不安　　影響大、又は既に影響あり　　ある程度あり  影響・不安なし |
| （６）高齢又は未成年である。  ７５歳以上または未成年である。　　　65歳～74歳である。 |
| 上記（１）～（６）の理由が、本人を介護するに当たりどの程度支障になっていると感じますか？  介護はできない。又は介護を行うことを医師等や他の家族から止められたり、難しいと言われている。  介護を行っているが、過重な負担を感じる。  介護はある程度行うことができる。  介護を行うのに支障とはなっていない。  身寄りがない等のため、家族等の関与が全くない。  その他（具体的に） |
| ４.介護の悩みを共有できる家族等 | 介護の悩みを共有できる家族等はいますか？  いない。又は、いたとしても介護に関する相談等はできない。  いる　　　日常的に介護を手伝っている。　　　　　平均週半分程度の協力を得られる。  実際の介護協力はほとんど得られないが、相談はできる。  ※「いる」と回答された方のみ　　介護の手伝いに支障・負担はありますか？  支障・負担となる事柄はない。  支障・負担となる事柄がある。又は手伝いに負担を感じている。  　（具体的に） |
| ５.その他 | 入所優先度を判定する際、考慮すべき事情があれば、具体的に記入してください。  ※【要介護１又は２の方は必ず記入】要介護１又は２の方は、日常生活に支障を来すような症状・行動、同居家族等による介護ができない理由等について、できるだけ具体的に記入してください。記入しきれない場合は、裏面の自由記入欄もご利用ください。 |

【入所申込書　３面】

本人氏名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

様式第１号

様式第１号（２枚目・表）

自由記入欄

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（２枚目・裏）

本人氏名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)