

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

※裏面にも記入項目があります。

墨田区長 あて

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。

申込日	年 月 日	性別	男・女	区役所 使用欄
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 <input type="checkbox"/> 2年以上である。 <input type="checkbox"/> 2年未満である。			
本人の収入 ※あてはまるものを☑、必要事項をご記入ください	<input type="checkbox"/> 収入なし (生活保護の受給: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 受給予定)		介護保険負担割合	
	<input type="checkbox"/> 収入あり (収入額の合計:1か月 約 円)		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
介護保険負担限度額認定証をお持ちですか? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 申請予定 (「はい」の方: 食費の負担限度額(その他のサービス) 円)				
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	<input type="checkbox"/> 自宅では <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族等と同居			
	申込時点での生活状況			
	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 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。			
	<input type="checkbox"/> 施設入所中である(施設の種類 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料ホーム <input type="checkbox"/> その他) (施設名: _____ 入所時期 年 月頃から)			
<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
<input type="checkbox"/> その他				
連絡先 *入所その他の連絡を受けて対応して下さる方をご記入ください	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	住所		自宅電話 () 日中連絡先 ()	

※ 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、希望する施設に◎、○を付けてください。

入所時期についてのお考え	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可、区外特養 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		} (※1)	
	<input type="checkbox"/> 指定した施設であれば、できる限り早く入所したい。			
	<input type="checkbox"/> 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		} (※2)	
墨田区の施設	従来型(多床室(一部個室有))	墨田区以外の施設	従来型(多床室(一部個室有))	(※1)「どこでも良いので、できる限り早く入所したい。」にチェックした場合 ⇒左の表に、 <u>第1希望施設にのみ、◎をつけてください。</u> (※2)それ以外の場合 ⇒左の表に、 <u>第1希望施設に◎をつけ、その他に希望する施設に○をつけてください。</u>
	たちばなホーム		足立翔裕園	
	なりひらホーム		諏訪の森	
	はなみずきホーム		小松原園	
	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	
	東京清風園ユニット型		栄光の杜	
	木下川吾亦紅ユニット型		ユニット型(全室個室)	
	しらひげユニット型		あゆみえん	
			徳寿園	

※ 下記の項目について同意します。(署名してください。)

- 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、申込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 <small>※家族・親族等の代筆可</small>	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	<p>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</p> <p> <input type="checkbox"/>徘徊 (ひとりで外に出ることが<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない) <input type="checkbox"/>暴力傾向 (□暴力・□暴言・□破壊行動) <input type="checkbox"/>食行動異常 (□異食・□過食・□食べない) <input type="checkbox"/>介護への抵抗・拒否 <input type="checkbox"/>妄想・幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/>睡眠障害 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>独語・声出し <input type="checkbox"/>その他 (具体的に) </p> <p><input type="checkbox"/>認知・精神症状等による日常生活への支障はない。</p>	区役所 使用欄 <input type="checkbox"/>	
	<p>支援の必要程度について</p> <p> <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>支援の必要はない。 </p>	<input type="checkbox"/>	
	<p>日常生活動作に関する介助の必要性</p> <p> <input type="checkbox"/>寝たきり等のため、日常生活動作に全面的な介助が必要 <input type="checkbox"/>寝起き・移動・排泄・食事のいずれかに全面的な介助が必要 <input type="checkbox"/>寝起き・移動・排泄・食事のいずれかに部分的な介助が必要 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>起居動作見守り不要 (具体的状況) </p>	<input type="checkbox"/>	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">医療器具の使用</td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>鼻腔栄養 <input type="checkbox"/>尿カテーテル <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>人工透析 <input type="checkbox"/>気管切開 <input type="checkbox"/>酸素療法 <input type="checkbox"/>中心静脈栄養 <input type="checkbox"/>インシュリン注射 <input type="checkbox"/>たん吸引 <input type="checkbox"/>その他() </td> </tr> </table>	医療器具の使用	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> その他()
医療器具の使用	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> その他()		
2. 自宅について	<p> <input type="checkbox"/>入院・入所中で、戻る自宅がない。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>自宅で介護や生活を行う上で、特段の問題はない。 <input type="checkbox"/>その他 (具体的に) </p>	<input type="checkbox"/>	

3. 主な介護者について	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他()
	主な介護者の状況 (1)～(6)の該当する項目全てに☑
	(1) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週半分程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 週1回未満 世話の内容 <input type="checkbox"/> 食事・排泄など身の回りの世話 <input type="checkbox"/> 通院同行・手続など特別な場合の支援
	(2) <input type="checkbox"/> 病気や障害がある。 要介護認定 <input type="checkbox"/> あり(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5) 各種障害手帳所持 <input type="checkbox"/> あり(身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 公害認定 <input type="checkbox"/> その他) 難病認定 <input type="checkbox"/> あり(病名) 定期的な通院 <input type="checkbox"/> あり(病名) <input type="checkbox"/> 通院したいができない。
	(3) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 強く感じる、又は生活や健康状態に影響がある。 <input type="checkbox"/> ある程度感じる。 <input type="checkbox"/> ほとんど感じない。
(4) <input type="checkbox"/> 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: _____ <input type="checkbox"/> 未就学児 <input type="checkbox"/> 看病を要する。 <input type="checkbox"/> 障害がある。 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定を受けている。 <input type="checkbox"/> その他()	
(5) <input type="checkbox"/> 仕事をしている。 週平均の勤務時間 _____ 時間位 ※夜間勤務 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ※不規則勤務 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 影響大、又は既に影響あり <input type="checkbox"/> ある程度あり <input type="checkbox"/> 影響・不安なし	
(6) <input type="checkbox"/> 高齢又は未成年である。 <input type="checkbox"/> 75歳以上または未成年である。 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護を行っているが、過重な負担を感じる。 <input type="checkbox"/> 介護はある程度行うことができる。 <input type="checkbox"/> 介護を行うのに支障とはなっていない。 <input type="checkbox"/> 身寄りがない等のため、家族等の関与が全くない。 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 日常的に介護を手伝っている。 <input type="checkbox"/> 平均週半分程度の協力を得られる。 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 支障・負担となる事柄はない。 <input type="checkbox"/> 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。

