

# 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 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 ひとり暮らし 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	フリガナ		申請者との 関係	
*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。	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、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	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)	下の表から第1希望施設のみ を選び、 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		下の表から施設を選び、 を付けてください。	
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。 その他、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 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	
	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		カントリーピラ青梅	
	しらひげ従来型		第2カントリーピラ青梅	
	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				
			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。	

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。

<b>1.入所希望者 本人について</b>		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(見つけ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)	区役所 使用欄  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
		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。	<input type="checkbox"/>
		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)	<input type="checkbox"/>
	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( )	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<b>2.自宅について</b>	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 <input type="checkbox"/>	

<b>3. 主な介護者について</b>	<p>手続や本人世話をを行うのは、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)</p>
	<p>手続や本人世話をを行う家族等(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( _____ )</p>
	<p>主な介護者の状況 (1)～(6)の該当する項目全てに☑</p>
	<p>(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</p>
	<p>(2) 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 精神 愛の手帳 公害認定 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 _____ )                  通院したいができない。</p>
	<p>(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。 <input type="checkbox"/>ある程度感じる。  <input type="checkbox"/>ほとんど感じない。</p>
<p>(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 <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。                  その他( _____ )</p>	
<p>(5) 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                  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</p>	
<p>(6) 高齢又は未成年である。                  75歳以上または未成年である。 <input type="checkbox"/>65歳～74歳である。</p>	
<p>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。                  その他(具体的に _____ )</p>	
<b>4. 介護の悩みを共有できる家族等</b>	<p>介護の悩みを共有できる家族等はいいますか？  <input type="checkbox"/>いない。又は、いたとしても介護に関する相談等ができない。  <input type="checkbox"/>いる 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。                  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 _____ )</p>
<b>5. その他</b>	<p>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。</p>

