

特別養護老人ホーム入所申込書（兼変更届）

特別養護老人ホーム施設長 殿

年 月 日

申込者 氏名

(主要連絡先)

入所希望者との

關係(繞柄)

三

住所

(携帯)

電話番号（自宅）

入所希望者	ふりがな 氏名				性別	男・女	生年月日	大正昭和平成	年月日(歳)		
	住所								(方)	江東区在住期間	年
	電話	()									
	要介護度			認定の有効期間	令和 年月日から				令和 年月日まで		
	介護保険被保険者番号								初めて要介護度3以上になった時	平成 令和	年月日
現在の居場所		在宅・病院(医療・介護)・老人保健施設・有料老人ホーム・グループホーム・その他()									
		病院又は施設名									
希望施設 いずれか1つのみにチェックを入れてください。 ※注意 区内希望施設の入所を辞退した場合は、「取下げ」の扱いとなり、再度申請の手続きが必要になります。											
<input type="checkbox"/> 指定無			<input type="checkbox"/> 区内のみ希望			<input type="checkbox"/> 希望施設を特定 (複数施設の希望可) 施設名を記入してください。					
<input type="checkbox"/> 指定無(個室除く)			<input type="checkbox"/> 区内のみ希望(個室除く)								
			<input type="checkbox"/> 区内のみ希望(個室のみ)								
(施設名)											
健康保険		後期高齢者医療保険・国民健康保険・社会保険(本人・被扶養)・生活保護・その他()									

連絡先（申込者以外の方で区役所及び特別養護老人ホームからの連絡が取れる親族、後見人等を必ずご記入ください。）

ふりがな 氏名	続柄	年齢	住所 ④	電話 (携帯) (自宅)
ふりがな 氏名				電話 (携帯) (自宅)
ふりがな 氏名				電話 (携帯) (自宅)
連絡がとれるケマネジヤー <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	ケマネジヤー氏名		事業者名	電話

私は、この申込書及び別紙調査票の内容を入所検討委員会及び国・東京都が実施する特養入所状況に係る調査に提供すること並びに入所検討委員会が私の要介護認定状況について介護保険課に対して調査することに同意いたします。また、この申込書及び別紙調査票の記入内容に虚偽があった場合は、この申込を無効とされても異議ありません。

入所希望者氏名

代筆者氏名・綱柄

(年 月 日)

長寿サポートセンター 受付)

特別養護老人ホーム入所希望者調査票

1. 入所希望者の状況

(1) 日常生活動作 (入所希望者氏名)

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①形 態	主食 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() 副食 : <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
②状 態	<input type="checkbox"/> 口から食べられる <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他()
③飲み込み	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる
④所要時間	<input type="checkbox"/> 30分未満 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> その他()
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①尿 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
②便 意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
③オムツ等 の種類	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ボータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
①状 態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> ふらつきがある <input type="checkbox"/> 常に不安定 <input type="checkbox"/> 寝たきり
②立ち上がり	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
③補助具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子(介助・自操)
睡 眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤()
着 替 え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(□補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(□右・□左)
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(□眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(□右・□左)
会 話	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
話の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部援助が必要 <input type="checkbox"/> できない 管理方法 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> その他
服 薬 (薬の飲み方)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服薬方法()
嗜好品等	喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日約本) 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(種類量)

(2) 既往歴及び現在の通院・入院状況

傷病名	病院名	入院又は通院期間及び通院頻度 (例) ○年○月○日～○年○月○日入院、○週間に○回通院

特別養護老人ホーム入所希望者調査票

(3) 認知症の状況

(入所希望者氏名)

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (該当する項目に各々1ヶ所チェックしてください)
	意志の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
	直前に何をしていたか思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	生年月日や年齢を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	自分の名前を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	物を盗られたなど被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	実際にないものが見えたり聞こえたりすることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	夜眠らないあるいは昼夜逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	物を集めたり無断で持ってくることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
	介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある
行動・心理 症状 (BPSD) 「有」の場合は、時間帯、 頻度、程度等 を具体的に 記入してく ださい。	a. 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *時間帯、頻度、程度等を具体的に記入
	b. 大声 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *時間帯、頻度、程度等を具体的に記入
	c. 徘徊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *時間帯、頻度、程度等を具体的に記入
	d. 不潔行為 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *時間帯、頻度、程度等を具体的に記入
	その他異食、自傷行為、性的問題行動等あれば具体的に記入

(4) その他

医療行為 (該当する項目すべてにチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> 経管栄養【 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿管ガーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特になし(服薬のみを含む)
住宅状況	<input type="checkbox"/> 住居がある <input type="checkbox"/> 入院中又は入所中であり、住居を引き払った又は処分したことにより戻る家がない。 <input type="checkbox"/> 住居からの立退きを迫られている(立退き期限: 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他()
本人の 入所意志	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は入所を希望していない <input type="checkbox"/> 本人の意志が確認できない <input type="checkbox"/> 本人の意志を確認していない <input type="checkbox"/> その他()
入所希望 時期	<input type="checkbox"/> 早期に入所したい <input type="checkbox"/> () 年 () 月以降に入所したい ※希望された時期の入所を約束するものではありません。
収入状況	年額約 万円位 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯

特別養護老人ホーム入所希望者調査票

2. 介護者の状況

(入所希望者氏名)

)

(配偶者、子、孫、兄弟姉妹、同居の親族等)

主たる介護者の状況	氏名	続柄()	年	月	日生れ	
	□同居 □別居 *別居の場合は住所・電話番号を記入 住所	電 話 ()				
	介護者の就労等の状況	就労して (□いる □いない)				
	就労状況 週 日 (1日の勤務時間 平均 時間)					
	介護者の健康状態					
	□健康である □病気、障害等のため介護に支障がある 病名、障害名等	病院名・通院状況等				
要介護認定・障害者手帳の有無 (無・有)						
要介護の区分 () 障害者手帳の種類 () 手帳、等級 ()						
介護補助者の状況	主たる介護者以外で介護している方を記入してください。					
氏名	続柄()	年	月	日生れ		
□同居 □別居 *別居の場合は住所・電話番号を記入 住所	電 話 ()					
介護補助者の就労等の状況	就労して (□いる □いない)					
就労状況 週 日 (1日の勤務時間 平均 時間)						
介護補助者の健康状態						
□健康である □病気、障害等のため介護に支障がある 病名、障害名等	病院名・通院状況等					
要介護認定・障害者手帳の有無 (無・有)						
要介護の区分 () 障害者手帳の種類 () 手帳、等級 ()						
介護等を要する方	入所希望者以外に介護が必要な方を記入してください。					
ふりがな 氏名	入所希望者との関係(続柄) ()					
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日(住所)						
□身体障害者手帳1~3級 □愛の手帳1~4度 □精神障害者手帳1・2級 □要支援1・2 □要介護1~5 (*特養入所者は対象外) □家庭で保育されている就学前の乳幼児 □その他 ()						

3. その他特別な事情

*上記以外に特別な事情があればご記入ください

記入者氏名