

豊島区特別養護老人ホーム入所申込書

() 施設長様

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		生年 月日	明・大・昭	年 月 日	男・女	要介 護度	
入所希望者 氏名							
住 所	〒 豊島区			連絡先			
介護保険証 被保険者番号			介護保険者証 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

ふりがな		関係	電話番号①
連絡者			
住 所	〒		電話番号②

【入所希望者の日常生活状況等】

食 事	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (はし ・ スプーン ・ フォーク)		
排 泄	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (トイレ・おむつ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 自立		
移 動	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (歩行・車いす・歩行器・杖) <input type="checkbox"/> 自立		
障害の 有・無	「有」の場合の状況	例) 視覚障害1級	

既往症	例) 高血圧症		
現在治療中の 病名			
医療行為等の 有・無 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※施設記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付者 (施設名)	()
備 考			

【 在宅の方 】

<介護者の状況>

介護者の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢である（75歳以上） <input type="checkbox"/> 遠方から通っている（片道1時間以上かかる） <input type="checkbox"/> 複数の人を介護している
介護者がいる場合(主たる介護者の状況)は右記に該当する項目をチェック	<input type="checkbox"/> 病気（定期的に通院している）もしくは要介護認定を受けており介護に支障がある、または介護者に障害がある（手帳所持） <input type="checkbox"/> 働いているため日中は不在等、介護ができない状態 <input type="checkbox"/> 育児をしている（妊娠している・就学児童がいる） <input type="checkbox"/> 介護を手伝う人がいない <input type="checkbox"/> その他（ ）

<住まいの状況>

住宅環境について ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 立退きを迫られている <input type="checkbox"/> 更新されない <input type="checkbox"/> 介護上支障がある <input type="checkbox"/> 特に問題なし
----------------------	--

【 長期入院・入所している方 】

病院・施設等	入所している状況
<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他施設 ()	<input type="checkbox"/> 退院・退所を迫られている <input type="checkbox"/> 戻る家がない <input type="checkbox"/> 住宅に介護上問題がある <input type="checkbox"/> 経済的に現在の施設にはいられない <input type="checkbox"/> 介護者がいない又は在宅では困難なため長期入院・入所している

【 認知症の症状 】

認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	認知症の診断有 (診断名)
*頻繁にみられる下記の症状にチェックをして下さい	
<input type="checkbox"/> 妄想作話・幻覚幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 重度の物忘れ	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 奇声大声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他の症状 ()

【 在宅サービスの利用 】

在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ご利用内容を記入してください 例) デイサービス週3回、訪問介護 週5回 [] *担当のケアマネジャーは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・居宅介護支援事業所名 () 連絡先 () ・ケアマネジャー(担当者)名 ()
--	---

***上記の項目以外で特に考慮してほしいこと等を自由に記入してください**

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。特別養護老人ホームが、この申込書にある内容を豊島区・高齢者総合相談センター・指定するケアマネジャー・申込みをしたその他の特別養護老人ホームへ提供すること、及び情報を収集することに同意します。また、介護保険に関する業務で管理されている私の情報（要介護度・資格の有無・所得段階）を利用することに同意します。

ご本人氏名 _____

代理人 _____

※ご本人(入所を希望される方)の状況、介護の状況や住宅の状況等何らかの変更があった場合は、必ずお届けください。届出がない場合、入所できないことがあります。