

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

平成 年 月 日

※（有効期限・上記申込受付日から1年間）

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更になった場合は、必ずお届けください。

き く 施設長様

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)
住所	〒 _____		
電話	()		
保険者		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入ください			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に)		

申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ()	携帯 ()	
	勤務先 ()	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒 _____		
電話	自宅 ()	携帯 ()	
	勤務先 ()	*昼間、連絡が取れる所をご記入ください	

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	()
------	--	----	--	----	-----

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

身長	c m	体重	kg
障害	身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 種 級 障害名 ()		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない		
言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所)		
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 (ピック病など) <input type="checkbox"/> その他 ()		
行動・心理 症状	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療に関する 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	現在治療中の病気 ()		
	既往歴 ()		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎 (型) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入所希望者の 意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()		

入所希望者の
状況

	□介護者がいない		
	別居	□介護者が別居している □1週間に3回以上通って介護している（1週間に_____回） ※主に介護している方について記入してください	
氏名			入所希望者との続柄
住所			
介護者の状況	□介護を手伝ってくれる人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 介護の状況 _____)		
	同居	□介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください	
氏名			入所希望者との続柄
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
	□要介護認定を受けている □要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □身体障害者手帳を持っている (種 級 障害名 _____) □愛の手帳を持っている (度) □精神障害者保健福祉手帳を持っている (級 障害名 _____) □病気で通院している (病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回) □就労している □8時間以上 □4～8時間 □不規則（具体的に _____) □介護を手伝ってくれる人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 介護の状況 _____)		

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない
	<input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる
	<input type="checkbox"/> 本人が動かないようにしぼりつけるなど、抑制することがある

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。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為にこの申込書にある内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター（熟年相談室）・担当ケアマネジャーへ提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 _____

※1部コピーをとって保管してください。 代理人氏名 _____ 本人との続柄(_____)