

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

アゼリー江戸川 施設長 殿

※（有効期限・上記申込受付日から1年間）

入所希望者（本人）

（介護保険）

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
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
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. 老人保健施設（施設名 <input type="checkbox"/> 4. 療養型医療施設（施設名 <input type="checkbox"/> 5. その他（具体的に			年	月 日入院)

主治医

病院名 ・科目		氏名		電話	( )
------------	--	----	--	----	-----

生活保護

<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	福祉 事務所		担当者 氏名		電話	( )
--	-----------	--	-----------	--	----	-----

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 との続柄	
氏名			
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( ) 勤務先 ( )	携帯 ( )	*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 との続柄	
氏名			
住所	〒 _____		
電話	自宅 ( ) 勤務先 ( )	携帯 ( )	*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。

入所希望者の状況	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	
	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"/> 車椅子使用	
	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	
	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 )	
	問題行動	<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	
	医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <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"/> その他 ( )	
	現在治療中の傷病	発病年月日	傷 病 名
既往歴			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
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 ( )		

介護者の状況	□介護者がいない					
	別居	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 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				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">入所希望者との続柄</td> </tr> <tr> <td colspan="2">住所</td> </tr> </table>	氏名	入所希望者との続柄	住所	
	氏名	入所希望者との続柄				
住所						
<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 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					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">入所希望者との続柄</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）</td> </tr> </table>		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）
	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）				
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （ 種 級 障害名 _____ ） <input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている （ 度 _____ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害名 _____ ） <input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回） <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）						
※◎本人 ○女性 □男性 ●■死去 ☆キーパーソン、主介護者に「主」、同居家族は囲む。 ※それぞれの居住地も簡単に記入してください。						
家族構成						

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・担当ケアマネジャーへ提供することを同意します。

年 月 日

利用者（本人）氏名 \_\_\_\_\_

署名代理人氏名 \_\_\_\_\_

続柄（ \_\_\_\_\_ ）