

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申請書(変更届)

年 月 日

※(有効期限・上記申し込み受付日から1年間)

暖心苑 施設長様

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更  
になった場合は、必ずお届け下さい。

担当印

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
住所	〒 _____					
電話	( )					
保険者	※市区町村を記入			保険者番号		
被保険者番号				要介護度	1・2・3・4・5	
介護認定の有効期限	年 月 日 ~		年 月 日		←※更新・変更時に記入	
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入下さい。						
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅		年 月 日 入院)			
	<input type="checkbox"/> 2. 病院(病院名		年 月 日 入院)			
	<input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設(施設名		年 月 日 入所)			
	<input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設(施設名		年 月 日 入院)			
	<input type="checkbox"/> 5. その他(具体的に		年 月 日 入所)			

申請代理人(申し込みが本人でない場合は、下の欄にご記入下さい)

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

申請代理人以外の方の連絡先(申請代理人以外の方への連絡が可能な場合は、下の欄にご記入下さい)

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

担当ケアマネジャー

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

※他施設申し込み 有・無 施設案内の実施 有・無

※該当する所に記入・✓印を付けて下さい。

入所希望者の状況	身長	cm	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 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 → <input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可 (備考) 立位(可・不可) ※転倒歴などもご記入下さい。		
	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 (備考) トイレの使用(有・無)、尿意や便意(有・無)		
	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 主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		副食) <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 ( )		
		(備考) 水分トロミ(有・無)、ムセ込み(有・無) 摂取量( 全量・1/2量・ほとんど摂取していない )		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考)		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考)		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (備考)		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない (備考)		
	言葉	<input type="checkbox"/> 意思疎通可 → <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 意思疎通不可		
	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"/> 夜間不眠や昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である		
床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所 )			
医療に 関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <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"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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 ( )			

※介護者がいない・別居・同居の中から1つ選び、✓印を付けて下さい。

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が別居	<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下さい		
		氏名		入所希望者との続柄
		住所		
<input type="checkbox"/> 介護者が同居	<input type="checkbox"/> 介護を手伝っている人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる (氏名 介護の状況 )			
	※主に介護している方について記入して下さい			
	氏名		入所希望者との続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成	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"/> 介護を手伝っている人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる (氏名 介護の状況 )				
申請の理由				
※介護付き有料老人ホームへご入所されている方について <input type="checkbox"/> 支払いが厳しく、すぐに入所できる施設を探している。 <input type="checkbox"/> 区外の施設の為、区内の特養を希望。 <input type="checkbox"/> 身体的に継続した入所が難しく、他施設を探すように言われている。				

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、特別養護老人ホーム入所申込に係る内容を東京都・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・希望する施設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 ( )

※該当する所に記入・✓印を付けて下さい。

入所希望者の状況	病歴 ・ 服薬状況	<input type="checkbox"/> 糖尿病 ( <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 服薬のみ <input type="checkbox"/> 治療していない ) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ※糖尿病、高血圧以外の病歴をご記入下さい
	かかりつけ の病院	
	家族構成	
	福祉サービスの利用状況(今までの経緯を含む)	
	備考	

**入所申込施設**

入所申込の際は、別紙「江戸川区内特別養護老人ホーム入所申込について」を必ずお読みください。

- 申込み書を提出した施設に◎、その他申し込む施設に○をしてください。
- 順位はつけられません。
- ○を付けた施設への情報提供はひと月に1回、翌月末までに行います。

希望	番号	施設名	希望	番号	施設名
	1	なぎさ和楽苑		13	特別養護老人ホーム第二みどりの郷
	2	リバーサイドグリーン（江東園）		14	特別養護老人ホーム古川親水苑
	3	暖心苑		15	タムスさくらの杜 江戸川
	4	瑞江特別養護老人ホーム		16	わとなーる葛西
	5	小岩ホーム		17	特別養護老人ホーム 癒しの里 西小松川
	6	江戸川光照苑		18	タムスさくらの杜 春江
	7	清心苑		19	特別養護老人ホーム第三みどりの郷
	8	アゼリー江戸川		20	やすらぎの里北小岩
	9	特別養護老人ホーム ウェル江戸川		21	タムスさくらの杜 南葛西
	10	特別養護老人ホーム 泰山		22	タムスさくらの杜 一之江
	11	特別養護老人ホーム みどりの郷福楽園		地1	特別養護老人ホーム わとなーる <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">注1</span>
	12	特別養護老人ホーム きく			

注1 お申し込みは江戸川区の住民に限ります。

.....

※施設記入欄

入所申込受付日	年	月	日	
受付施設名				
受付番号	—	—		

特記事項等