

江戸川区介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

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。

特別養護老人ホーム施設長様

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	自宅 ()	携帯 ()	
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	年 月 日 ~ 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 との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 勤務先 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 ()	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

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	<input type="checkbox"/> 自宅 () <input type="checkbox"/> 勤務先 ()	<input type="checkbox"/> 携帯 ()	*昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。

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 ()		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"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可		<input type="checkbox"/> つかまり歩行	
	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 ()				

介護者の状況	□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	□退院、退所後に戻る住居がない
	□住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	□本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	□本人に対し思わず無視したり、放置したくなる
	□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・区内特別養護老人ホーム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(_____)

入所申込施設

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。

お急ぎの場合や決めかねる場合は、希望する各施設へ直接お申し込みください。

※施設詳細については、別紙江戸川区内の特別養護老人ホーム一覧等をご確認ください。

希望	番号	施設名	希望	番号	施設名
	1	なぎさ和楽苑		11	特別養護老人ホーム みどりの郷福楽園
	2	リバーサイドグリーン (江東園)		12	特別養護老人ホーム きく
	3	暖心苑		13	特別養護老人ホーム第二みどりの郷
	4	瑞江特別養護老人ホーム		14	特別養護老人ホーム古川親水苑
	5	小岩ホーム		15	江戸川さくらの杜
	6	江戸川光照苑		16	わとなーる葛西
	7	清心苑		17	特別養護老人ホーム 癒しの里 西小松川
	8	アゼリー江戸川		18	特別養護老人ホーム 春江さくらの杜
	9	特別養護老人ホーム ウエル江戸川		地 1	特別養護老人ホーム わとなーる
	10	特別養護老人ホーム 泰山		地 2	みどりの郷福楽園東小松川

入所申込をした施設から連絡が入る場合があります。

有効期限は、入所申込をした日から1年間です。介護度や介護状況などが変わったときは、最初に申し込みをした施設に入所申込書（変更届）を提出願います。

.....

※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
