

□ 部分は申込施設が記入します

### 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

□

|        |  |
|--------|--|
| 入所申込施設 |  |
|--------|--|

本申込と併せて区外施設へのお申込みも希望する場合には、施設名の左側の欄へチェックをお願いいたします

|                          |                 |                          |                  |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | (福生市)第2サンシャインビラ | <input type="checkbox"/> | (青梅市)あゆみえん(個室のみ) |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------|

|      |               |  |   |  |   |  |   |
|------|---------------|--|---|--|---|--|---|
| 受付日  | 20            |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 有効期限 | 受付日から1年後の同一月日 |  |   |  |   |  |   |

|     |   |   |
|-----|---|---|
|     | 氏 | 名 |
| 連絡者 |   |   |

入所申込者との間柄

〒

|            |  |
|------------|--|
| 連絡および送付先住所 |  |
|------------|--|

連絡先

|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
|             | 氏                                                                                                                                                              | 名                                      |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ        |                                                                                                                                                                |                                        | 性別                                       |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所申込者氏名     |                                                                                                                                                                |                                        | <input type="checkbox"/> 男               | 生年月日                             |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        | <input type="checkbox"/> 女               |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所申込者住所     | 〒                                                                                                                                                              |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険被保険者番号  |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度(a)     | <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 2             | <input type="checkbox"/> 3               | <input type="checkbox"/> 4       | <input type="checkbox"/> 5            | 生活保護受給の有無                       |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 区内居住歴(b)    | 受付日時点で葛飾区民となって                                                                                                                                                 |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             | <input type="checkbox"/> 5年以上である | <input type="checkbox"/> 5年未満である |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 居室の希望       | <input type="checkbox"/> 個室                                                                                                                                    |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             | <input type="checkbox"/> 多床室     | <input type="checkbox"/> どちらでもよい |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾病等の状況      | かかりつけ医療機関名                                                                                                                                                     |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 入院先の医療機関名                                                                                                                                                      |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療等の必要性     | 感染症 <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない                                                                                                 |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 医療的行為 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 人工透析                                   |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 問題行動の有無     | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                                                                                        |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | チェックしてください                                                                                                                                                     |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             | <input type="checkbox"/> 徘徊      | <input type="checkbox"/> 異食行動    | <input type="checkbox"/> 暴言     | <input type="checkbox"/> 暴力行為  | <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             | <input type="checkbox"/> 妄想      | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転    | <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 | <input type="checkbox"/> 火の不始末 | <input type="checkbox"/> 不潔行為  |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             | <input type="checkbox"/> その他( )  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護サービスの利用状況 | 居宅介護支援事業所名                                                                                                                                                     |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 利用しているサービス                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)  | <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> その他( )        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 入所している施設等の種別・名称                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設        | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム | <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 | <input type="checkbox"/> その他( ) |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
|             |                                                                                                                                                                |                                        |                                          |                                  |                                       |                                 |                               |                              |    |                             |                                  |                                  |                                 |                                |                                |                              |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体状況        | 歩行                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 自立            | <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 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助    | <input type="checkbox"/> 全介助     | トイレ                             | <input type="checkbox"/> 自立    | <input type="checkbox"/> 一部介助  | <input type="checkbox"/> 全介助 |  |  |  |  |  |  |  |

(a) □  
(b) □

裏面にも記入する項目があります。

