

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）

令和 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	
氏名		との続柄	
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	
氏名		との続柄	
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	<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**

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		12	特別養護老人ホーム きく
	2	リバーサイドグリーン（江東園）		13	特別養護老人ホーム第二みどりの郷
	3	暖心苑		14	特別養護老人ホーム古川親水苑
	4	瑞江特別養護老人ホーム		15	タムスさくらの杜 江戸川
	5	小岩ホーム		16	わとなーる葛西
	6	江戸川光照苑		17	特別養護老人ホーム 癒しの里 西小松川
	7	清心苑		18	タムスさくらの杜 春江
	8	アゼリー江戸川		19	特別養護老人ホーム第三みどりの郷
	9	特別養護老人ホーム ウエル江戸川		20	やすらぎの里北小岩
	10	特別養護老人ホーム 泰山		21	タムスさくらの杜 南葛西
	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>

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

要介護1・2の入所希望者については、こちらもご記入のうえご提出ください。

「**特例入所**」の要件に該当することの判定に際しては、**居宅において**日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮します。

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

◆要介護1・2の入所希望者については、上記事由の該当番号を記入のうえ、**居宅において日常生活を営むことが困難な具体的な内容**を記入してください。

該当番号	日常生活に支障を来たすような症状・行動・意思の疎通が困難な具体的な内容