_						1 2月改	文定)				受作	寸場所				
			第2条関 [。] 別 巻割			ー ム 7	八所申込	書兼調	書本書		受	付日				
			(ホーム				4 /2 11		中目				(□新規	見 □変	変更 □ 見	更新)
※ 言	己入り	又は診	亥当する	項目	l C ⊿ l	してくた	ごさい。			申込	日(変更	〔申請日)	年		月	日
	フ	フリガナ							性別	□男	□女	生活保護	□有	□無	区民歴((直近)
	н								生年		<u> </u>				1.10年以 2.1~10年	
	氏	্ 	5						月日		年	月	日(歳)	3.1 年未清	
	住				_											
入	登録地 介護保険記		一													
斤	番号		11.	保険者					· □足立区 □その他 要介護認定 有効期限 年 月 日							日
千	要	介護度	差 3		4	5	保険者が	足立区以:	外の場合	は、ケ	護保険	証のコピー	-を添付	してく	ださい。	,
捏	要生	特例 介護度	_j 1		2		護1、20			•					目上1~	, , 7
者	入	71 112/2	施			□認知	症・知的障 施 設	かい・ _{精神} 名	虚ツハ、	ごめる		□深刻な虐で へ記入した				
	所		番-	号	*	第一希	望は必ず記	記入してください			希望する場合は下記へ☑					
	希望	第- 希皇									□他の)多床室も	希望する	<u>5</u>		
	施設	第二	I I								□他の	コニット	型個室	も希望	する。	
	い □ <u>ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。</u> □ 虚待により家族等と同居できなくなった。 → ②を付けた方は矢印へ進む															
	れか					(事業者の		3 3534	•					!	۲, ۱	
7	♪		(族等と	旧店	i L (V	いる。ま	たは入院	1	に回居し	\(\frac{\chi^2}{\chi^2}\)	72。 (r	記の懶を記				·
斤	氏						רוזשעוו)	生年 月日	年	. <i>j</i>	日	(歳)			者と <u>同</u> 居 者と別居	~~~~
退当		※		□介護をする人が、障がい手帳等や介護認定を受けている。 《状況記入欄》												
4		入院・		または、進行性の疾患や慢性疾患のため、定期的な 通院をしており、日常的な介護ができない。												
E		入所					の記載がな		は無得点	<u>.</u>						
一隻	介護者の	入所中の場合、		□介護をする人は、入所希望者以外にも												
†	箸の	場合、	障がい等がある方を介護している。 ※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点													
5	の現在	在宅	~~~~	~~~~~	~~~~~	~~~~~	歳以上で	~~~~~	~w.14w	2						
つ の 展																
	10L	9														
	次 況 □介護をする人は、週合計20~39時間勤務をしている。															
		記入			こめにた を当なし		きけられな。 ■	くなった	。(蔵で	で退職)					1
3J &	加宁人	い国に]ない	□ある	₩ 3₩	出すて	佰日士	べてに☑				
	11 <u>21年</u> 0 13排1		∠邓丘4人(│		3 かみ]暴力行			のの 不潔行為				<u>へてにと</u> 異食		大声や) 奇声	
]帰5	它願旨			昼夜边	逆転		介護への	抵抗			妄想		幻覚・		
L	<u>」火</u> (の不好	日木	L	」せんき	ま (錯舌	L)	うつ・抑	ク つ		<u>_</u>	失禁		食べた	۲V,	

医療的ケア等

□胃ろう

□在宅酸素 □MRSA □肝炎

□人工透析 □たんの吸引□その他(

病

歴

※しおりを参照し、入所希望先が受け入れできるかを確認してください。

□経管鼻腔 □人工肛門 □バルーンカテーテル

□インシュリン(注射)

	現在入所中の 病院・施設名		区・市						
	現在の居場所 (ウ) ※下記の項目1つに ⊘	生活環境 ※下記の項目1つに ② ※日付の記載が<u>ある場合のみ加点</u>							
入所希望者の	日自宅	※左記に☑をした場合は、 入所希望者の自宅 の状況に☑をしてください。							
	□病院(★) □介護老人保健施設(★)	□自宅から立ち退きを迫られている。(立ち退き期限: 年 月) □自宅を引払った等により、住居がない。(引払い日: 年 月) 『							
者の	□介護療養型医療施設(★)	□自宅に段差があるが、エレベーターやスロープ等の □介護上の問題から、自宅の改修が必要だが、家主の							
住ま	□ショートステイ(★)	または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修でき □自宅に介護上の問題はない。							
いの		(★)へ入所中の方は通算入所期間が1年を超えていま	(エ) □はい						
状況	□グループホーム(★)	※左記に☑をした場合は、 その施設 の状況に☑をしてください。							
(現在	□有料老人ホーム(住宅型) □有料老人ホーム(介護型)	□入所施設から立ち退きを迫られている。(立ち退き期 □グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高							
(色)	□サービス付き高齢者向け住宅	中だが、経済的理由で退所予定。(退所予定日: □入所施設に段差があるが、エレベーターやスロープ	年 月) 学の昇降手段がない。						
	□ケアハウス □特別養護老人ホーム	□介護上の問題から、入所施設の改修が必要だが、家	京主の承諾が得られな						
	□特別食護老人ホーム □養護老人ホーム	い、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。 □入所施設に介護上の問題はない。							
! *	特別な事情による加点等 しおりの優先入所基準「6」を参照	□ア □イ □カ (□災害 □虐待 □100 歳	成以上) 口キ						
担	氏 ※ケアマネジャー等	事業所名	7						
当	名	電話番号							
者		:ス利用率(過去3か月で一番多い%) (オ) :、ショートステイ、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、							
1	有料老人ホーム(住宅型)のみ、_								
	(在宅生活が困難な理由、入所希望	者の状況、介護者の状況等を詳しくお書きください)	入所希望者の状況						
			 食事 自立 □一部介助 □全介助 						
特			2. 排泄						
記			□自立 □一部介助 □全介助						
事			3. 移動□独歩□杖歩行□						
項			□車いす (介助・自操)						
-74			4. 認知症自立度 □ I □ II □ III □ IV						
			□M □不明						
	記入者 □担当者	□連絡先 □その他()						
	フリガナ	続柄	年齢歳						
連	氏 名	電話 番号							
絡	□入所希望者								
先	住 所 <u>〒 -</u>	と同じ ※通知送付に使用するので必須 ——							
Ī		≦続き、利用料について理解したうえで申込し、申込書は ≨員会・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員							
同辛	及び施設入所に際して、新	に健康診断書等を提供することに同意します。							
意書		》をされた際は、 すみやかに入所する意思があります。 fった場合は、辞退扱いとなり、届出が必要となることを	確認しました。						
音	7. 正尧切老氏夕	(삼쪽老氏夕)	年 月 日						