

# 入所申込書兼調査書の記入方法

## 足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

特別養護老人ホーム施設長あて

(新規 変更 更新)

※記入又は該当する項目にしてください。

|   |  |  |       |  |  |
|---|--|--|-------|--|--|
|   |  | <b>1</b>   |       | 申込日(変更申請日) <b>R6年 12月 1日</b>   |  |
| 入所希望  | フリガナ                                     | フクシ タロウ  |       | 性別   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女   |
|   | 氏名                                       | 福祉 太郎  |       | 生活保護   | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無   |
|   | 住民登録地                                    | 〒120-8510 足立区中央本町1-0-0   |       | 区民歴(直近)  | <input type="checkbox"/> 1.10年以上<br><input type="checkbox"/> 2.1~10未満<br><input type="checkbox"/> 3.1年未満 |
|   | 介護保険証番号                                  | 0123456789   | 4     | 保険者  | <input checked="" type="checkbox"/> 足立区 <input type="checkbox"/> その他                                     |
|   | 要介護度                                     | 3  | 4     | 5  | 要介護認定有効期限 <b>R9年3月31日</b>  |
| 5   | 特例要介護度                                   | 1  | 2     | ※要介護1、2の場合は下記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> がないと申込不可<br><input type="checkbox"/> 認知症・知的障がい・精神障がいである <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 深刻な虐待により行政が関与している |  |
| 入所希望施設  | 施設番号                                     | 施設名  |       | 左記へ記入した希望施設以外への入所を希望する場合は下記へ <input checked="" type="checkbox"/>   |  |
|   | 02                                       | 紫磨園  |       | <input checked="" type="checkbox"/> 他の多床室も希望する。  |  |
|   | 26                                       | 花畑あすか苑(ユ)  |       | <input checked="" type="checkbox"/> 他のユニット型個室も希望する。  |  |
| 7   | いづれか <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。<br><input type="checkbox"/> 虐待により家族等と同居できなくなった。(介護者は介護サービス事業者のみ) → <input checked="" type="checkbox"/> を付けた方は矢印へ進む<br><input checked="" type="checkbox"/> 家族等と同居している。または入院・入所前に同居していた。(下記の欄を記入してください)   |       |  |  |
|   | 8  | 介護者氏名  | 福祉 花子 | 続柄 妻   | 生年月日   |
| ※入院・入所中の場合、在宅に戻った際の状況を記入  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 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》<br>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。<br><b>※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点</b><br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。<br><b>※右記の状況記入欄の記載がない場合は無得点</b><br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、75歳以上である。<br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、65歳以上74歳以下である。<br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、18歳以下である。<br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、小学生以下の子どもを育児中である。<br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、週合計40時間以上勤務をしている。<br><input type="checkbox"/> 介護をする人は、週合計20~39時間勤務をしている。<br><input type="checkbox"/> 介護のために仕事を続けられなくなった。( 歳で退職)<br><input type="checkbox"/> 上記に該当なし。 |       |  |  |
| 認知症の周辺症状(直近3か月) <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある ※該当する項目すべてに <input checked="" type="checkbox"/>  |  |  |       |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為(弄便) <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声<br><input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴<br><input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> せん妄(錯乱) <input type="checkbox"/> うつ・抑うつ <input checked="" type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 食べない |  |  |       |  |  |
| 9   | 病歴                                       | 高血圧(H7)、脳梗塞(H21年6月)、肺炎(H27年1月)   |       |  |  |
|   | 医療的ケア等                                   | ※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。<br><input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管鼻腔 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> イン(注射)<br><input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> その他( )  |       |  |  |

## 入所希望者、またはご家族やケアマネジャー、相談員等の方が記入してください

### 《入所希望者》

- 1 申込日(変更申請日) …施設(第一希望施設)に申込書を提出する日。
- 2 住民登録地 …住民票に記載された住所。
- 3 区民歴(直近) …直近の足立区での居住年数に○をつけてください。  
※区外住所の場合は記入不要です。  
※一度足立区を転出した場合は、再転入した日から起算されます。
- 4 介護保険証番号、保険者、要介護認定有効期限、要介護度(特例 要介護度) …「介護保険被保険者証」を参照。  
※住所が足立区外の方、住所が足立区でも足立区以外の介護保険証の方は「介護保険被保険者証」等のコピーを必ず添付してください。
- 5 特例 要介護度 …要介護1、2の方は、3つの項目のいずれかに必ず。  
※がない場合、受付不可です。
- 6 入所希望施設 …足立区特別養護老人ホーム一覧(しおりP6~7)を参照し、施設番号、施設名を1か所は必ず記載。  
※多床室とユニット型個室が併設されている施設を希望する場合は、必ず施設名の後ろに「(多)」又は「(ユ)」を記載してください。  
※希望施設以外からの入所の声掛けも希望される場合はしてください。  
※医療的ケア等が必要な方、認知症の症状がある方は、「医療的ケア等の取扱い(しおりP8~11)を参照し、受け入れが可能な施設かどうかを必ず確認してください。

### 《入所希望者を主に介護する人について》

- 7 「ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。」「虐待により家族等と同居できなくなった。(介護者は介護サービス事業者のみ)」「家族等と同居している。または入院・入所前に同居していた。」 …いづれかに。  
※入院・入所中の場合は、入院・入所前に該当する項目にしてください。  
・「ひとり暮らし。または入院・入所前にひとり暮らしだった。」「虐待により家族等と同居できなくなった。(介護者は介護サービス事業者のみ)」をした場合は、「認知症の周辺症状(直近3か月)」へ進む。  
・「家族等と同居している。または入院・入所前に同居していた。」をした場合は、下記の介護者情報と「介護者の現在の状況」を記載。  
8 介護者の現在の状況 …該当する項目にし、状況記入欄の記載が必要な項目は必ず記載。  
※現在の状況について相応しい項目にしてください。  
※状況記入欄は、具体的な状況(要介護度、手帳、現在介護をするうえで支障のある症状・病名)の記載がある場合のみ加点になります。

### 《病歴》

- 9 病歴 …過去に罹った病気から現在治療中の病気までをすべて記載。

### 《医療的ケア等》

- 10 医療的ケア等 …項目以外で医療的ケア等がある場合は、「その他」にし、( )に病名等を記載。

|  |  |   |   |           |               |           |
|--|--|---|---|-----------|---------------|-----------|
| 入所希望者の住まいの状況（現在）   | 現在入所中の病院・施設名 <b>11</b>   | 有料老人ホーム〇〇〇  |   | 足立区市      |               |           |
|  | 現在の居場所（※下記の項目1つに☑）   | 生活環境<br>※下記の項目1つに☑ ※日付の記載がある場合のみ加点  |   |           |               |           |
|  | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input checked="" type="checkbox"/> 病院（★）<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（★）<br><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（★）<br><input type="checkbox"/> ショートステイ（★）   | ※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。<br><input type="checkbox"/> 自宅から立ち退きを迫られている。（立ち退き期限： 年 月）<br><input type="checkbox"/> 自宅を引払った等により、住居がない。（引払い日： 年 月）<br><input type="checkbox"/> 自宅に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。<br><input type="checkbox"/> 介護上の問題から、自宅の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。<br><input type="checkbox"/> 自宅に介護上の問題はない。<br>（★）へ入所中の方は通算入所期間が1年を超えていますか。（工） <input type="checkbox"/> はい |   |           |               |           |
| <input type="checkbox"/> グループホーム（★）<br><input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム（住宅型）<br><input type="checkbox"/> 有料老人ホーム（介護型）<br><input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅<br><input type="checkbox"/> ケアハウス<br><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム<br><input type="checkbox"/> 介護老人ホーム | ※左記に☑をした場合は、その施設の状況に☑をしてください。<br><input type="checkbox"/> 入所施設から立ち退きを迫られている。（立ち退き期限： 年 月）<br><input checked="" type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に入所中だが、経済的理由で退所予定。（退所予定日： R7年 3月）<br><input type="checkbox"/> 入所施設に段差があるが、エレベーターやスロープ等の昇降手段がない。<br><input type="checkbox"/> 介護上の問題から、入所施設の改修が必要だが、家主の承諾が得られない、または敷地面積が狭小、経済的な理由等で改修できない。<br><input type="checkbox"/> 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<br>※しおりの優先入所基準「6」 <b>13</b>  | <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> カ（ <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 100歳以上） <input type="checkbox"/> キ  |   |   |           |               |           |
| 担当者  | 氏名 <small>※ケアマネジャー等</small>  | 事業所名  | 〒120-0000 足立区中央本町2-0-0  |           |               |           |
|  | 氏名   | 電話番号  | 有料老人ホーム〇〇〇 3880-0000  |           |               |           |
| 支給限度額に対する在宅サービス利用率（過去3か月で一番多い%）（オ）<br>※入所希望者の現在の居場所が自宅、ショートステイ、有料老人ホーム（住宅型）、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウスのみ上記の担当者が記載   |  |   | <b>14</b>   | 95%       |               |           |
|  |  |   |   |           |               |           |
| 特記事項   | （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）<br><b>15</b> 建てに高齢の妻と二人暮らしをしていた。令和〇年〇月より有料老人ホーム〇〇〇に入所中。妻も高齢で（病名）があり通院中。妻は要介護2。子は一人いる。自身の妻を在宅介護しており、援助できない。<br>脳梗塞後遺症による左半身マヒあり。以前は杖、介助つきにて移動していたが、現在は筋力低下のため車いすを使用。食事は自立。排泄は尿・便意はあるが、紙オムツ使用。衣服着脱、入浴は全介助。<br>住宅、介護者の状況から在宅生活は困難である。早期入所を希望している。  |   | 入所希望者の状況<br>1. 食事<br><input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>2. 排泄<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助<br>3. 移動<br><input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす（ <input checked="" type="checkbox"/> 介助・ <input type="checkbox"/> 自操）<br>4. 認知症自立度<br><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> 不明 |           |               |           |
|  | 記入者  | <input checked="" type="checkbox"/> 担当者 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> その他（ ）  |   |           |               |           |
| 連絡先  | フリガナ   | <b>16</b> フクシ イチロウ  | 続柄  | 子         | 年齢            | 60歳       |
|  | 氏名   | <b>16</b> 福祉 一郎   | 電話番号  | <b>17</b> | 090-0000-0000 |           |
|  | 住所   | <input type="checkbox"/> 入所希望者と同じ ※通知送付に使用するの必須<br>〒120-0000 足立区千住△-△   |   |           |               |           |
| 同意書  | 内容をご確認の上、必ず☑をしてください。☑がない場合は、受付できません。<br><input checked="" type="checkbox"/> 私は、入所に関する方法や手続き、利用料について理解したうえで申込し、申込書にある個人情報等の内容を区・各施設・入所検討委員会・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員等へ提供すること、及び施設入所に際して、新たに健康診断書等を提供することに同意します。<br><input checked="" type="checkbox"/> 入所希望施設より入所の打診をされた際は、すみやかに入所する意思があります。<br><input checked="" type="checkbox"/> 入所希望施設を自己都合で断った、辞退扱いとなり、届出が必要となることを確認しました。                        |   |   |           |               |           |
|  | 入所希望者氏名  | <b>18</b> 福祉 太郎   | (代筆者氏名)   |           | 福祉 一郎         | R6年12月 1日 |

※提出先は、第一希望の施設です。

《入所希望者の住まいの状況（現在）》

- 11** 現在の居場所 …住民票にかかわらず、申込現在の居場所を☑。  
居場所が自宅以外の場合、「現在入所中の病院・施設名」を必ず記載。
- 12** 生活環境 …「現在の居場所」で☑をした住まいの該当する状況に☑。  
※日付の記載が必要な項目は、記載がある場合のみ加点になります。

【「(★)へ入所中の方は通算入所期間が1年を超えていますか。」について】

例) グループホームA → 病院B → 介護老人保健施設C  
 (R5年9月~R6年4月) (R6年5月~6月) (R6年7月~9月現在)  
 8ヵ月 2ヵ月 3ヵ月 → 通算13ヵ月

⇒病院、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、ショートステイ、グループホームが通算可  
 ※一度、上記の施設以外に居住した場合は、合算できません。

《特別な事情による加点等》

- 13** 特別な事情による加点等…足立区特別養護老人ホーム優先入所基準 6(しおりP13)を参照し、該当する項目に☑

**14~15** の《担当者》《特記事項》については、できるだけケアマネジャーや病院の相談員等に依頼してください。その際、文書料等自己負担が発生する場合があります。

《担当者》  
**14** 支給限度額に対する在宅サービス利用率(過去3か月で一番多い%)  
 …入所希望者の現在の居場所が自宅、ショートステイ、有料老人ホーム(住宅型)、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウスのみ、上記の担当者が記載。

《特記事項》  
**15** 特記事項 …在宅生活が困難な理由、入所希望者の状況、介護者の状況等を記載。「入所希望者の状況」の該当する項目に☑。特記事項の記載者を☑または「その他」に記載

《連絡先》

- 16** 氏名、住所 …入所手続き等を行える方を記載。  
 ※区から送付される評価結果通知書等の受取先や入所意思確認の連絡先になります。必ず連絡が取れ、郵便物が受け取れるご家族等(ご家族の対応が難しい場合は、成年後見人、ケアマネジャー、ケースワーカー等も可)を記載してください。  
 ※入所希望者は不可です。
- 17** 電話 …入所意思確認等で電話するため、連絡のつきやすい電話番号を記載。

《同意書》

- 18** 同意書 …同意書の内容を確認し、理解したうえですべてに☑。  
 ※すべてに☑がない場合は受付できません。  
 入所希望者が署名できる場合は、ご本人が記載。代筆者の場合は、入所希望者氏名を記載のうえ代筆者氏名も記載。