

記 入 例

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 (新規 変更)

西東京市では、特別養護老人ホームへの入所を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入頂いています。ご協力をお願いします。この申込書の内容をもとに入所して頂く優先度を決めております。なお、申し込みの際には、介護保険被保険者証の写しも併せてご提出ください。

申込者（連絡先）

申込日 令和 元年 5 月 1 日

R1.5

申込書記入者	氏名	保谷 花子	本人との関係	長女	電話	(042) 464-1311
主たる介護者	氏名	西東京 京子	本人との関係	妻	電話	(042) 439-9837
	住所	西東京市南町5-6-13 西東京アパート202号				

入所希望者

ふりがな	にしとうきょう たろう		男	生年	明	大	8年	7月	4日	満85歳
氏名	西東京 太郎		女	月日	昭					
住所	西東京市 南町5-6-13 西東京アパート202号				電話	042-439-9837				
被保険者番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
要介護度									1 2 3 4 5	
障害者手帳 (無・有)	手帳の種類 (身体障害者手帳) 級 (2級)									
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方のご年齢 79 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる (本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者がいる									
主に介護している方について	介護する方は <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input checked="" type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input checked="" type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中									
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input checked="" type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある (具体的に 認知症で右半身に麻痺がある体の大きな夫を介護する事は、高齢で病気療養中の介護者にとっては非常に困難。)									
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他									
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 (介護老人保健施設) 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない									
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい <input checked="" type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input checked="" type="checkbox"/> その他 (具体的に 賃貸住宅で住宅改修ができず、移動や入浴など介護が困難。)									

身

介

介

賃貸のお住まいでも自宅としてください

該当項目複数チェック可

*裏面もご記入ください

その他本人に該当するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> 大声や奇声 <input checked="" type="checkbox"/> その他の行為（具体的に 幻聴・幻覚がある ） <input checked="" type="checkbox"/> 医療器具を使ったり、医療的な管理が必要 （具体的に 糖尿病の為、インシュリン注射 ） <input checked="" type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名 認知症・脳梗塞・糖尿病 ） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームを入院により退所となった <input checked="" type="checkbox"/> 認定審査会の意見で、施設入所を勧められている	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">該当項目複数 チェック可</div>	身
	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input checked="" type="checkbox"/> 家族が希望している （具体的に 生活面では全介助。現在の住宅での生活は困難。妻以外の家族も他に介護の必要な家族がおり、自宅に引き取り介護にあたることは困難。認知症状が進み 妻の精神的なストレスが限界にきている。 ）		他
入所を希望する理由について			

現在受けている介護や治療の様子について

現在の療養場所について * 自宅にいる方は未記入	<input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 （ ）	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">担当ケアマネジャーがいる方は、氏名・事業所名・事業所TELをご記入下さい。</div>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 60%;">施設の名称</th> <th style="width: 40%;">施設入所・入院開始日</th> </tr> <tr> <td>介護老人保健施設 多摩にしとうきょう</td> <td>平成30年 6月 1日頃</td> </tr> </table>		施設の名称	施設入所・入院開始日	介護老人保健施設 多摩にしとうきょう	平成30年 6月 1日頃
施設の名称	施設入所・入院開始日					
介護老人保健施設 多摩にしとうきょう	平成30年 6月 1日頃					
ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input checked="" type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネジャーは <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">サービスの使い方をどのように改善したいかを具体的にご記入下さい。</div>				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 40%;">ケアマネジャーの氏名</th> <th style="width: 60%;">事業所名</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>電 話</th> <td>（ ）</td> </tr> </table>		ケアマネジャーの氏名	事業所名		
ケアマネジャーの氏名	事業所名					
電 話	（ ）					
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input checked="" type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい（具体的に） <input type="checkbox"/> 費用のことで困っている					
その他特記すべき事項	本人・妻ともに収入が無く、家族が費用的な援助をしている。家族も高額な援助は難しいため、現在の老人保健施設の費用を工面する事も困難になってきている。		計			

* 変更の届出について… 要介護度や状態等が変わった場合は、本申込書を再度提出願います。

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。

私は、以下の3点について同意します。

1. この申込書にある内容を保険者(市)、地域包括支援センター及び指定するケアマネジャーへ提供すること。
2. この申込書にある内容について保険者、地域包括支援センター及び指定するケアマネジャーから情報を収集すること。
3. 貴施設へ入所が決定した場合は保険者、西東京市関連の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)へ入所決定した旨を通知すること。

特別養護老人ホーム

にしとうきょう苑 施設長様

令和 元年 5月 1日

上記文章をお読みいただき、ご同意いただければ、ご署名・捺印をお願いいたします。

施設入所希望者氏名 西東京 太郎 西