

記入例

荒川区特別養護老人ホーム入所申込書 < 新規 >

新規申込日 令和 年 月 日

変更申請日 令和 年 月 日

宛名番号

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|------------------------|--------------|--------------------------------|-------|--|-----------------|--------------------------------|---------------|
| 入所希望者 (ご本人) | フリガナ | アラカワ イチロウ | 性別 | 男 | 生年月日 | 大正(昭和) 24年 4月 1日 | 年齢 | 77 | 歳 | | |
| | 氏名 | 荒川 一郎 | フリガナ | アラカワ フミコ | 氏名 | 荒川 二三子 | 続柄 | 妻 | 年齢 | 73 | 歳 |
| ご家族者 (ご本人) | 〒 | 116 - 0002 | 住所(郵送先) | 荒川区荒川2丁目2番3号 | | | 電話番号 | (自宅) 03-3802-3111 (携帯) 090-1234-5678 (その他) | | | |
| | 〒 | 116 - 0002 | 住所(郵送先) | 荒川区荒川2丁目2番3号 | | | 電話番号 | (自宅) 03-3802-3111 (携帯) 090-1234-5678 (その他) | | | |
| ご本人の状況 (概要) | 介護保険の要介護度(要介護) | 被保険者番号 | 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | | | |
| | 認定期間 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 区分変更申請中(月 日申請) | | | | | | | | | |
| | 在宅 老人保健施設 病院(医療療養) 介護医療院(療養型) グループホーム 有料老人ホーム 軽費老人ホーム サービス付き高齢者住宅 その他() | 介護保険料 負担割合 | 第 段階 割 | | | | | | | | |
| | 施設・病院名 | 所在地 | 〒 | - | | | | | | | |
| | 入所・入院時期 | 年 月から | 電話番号 | - | | | | | | | |
| 退院後の予定 | 必ず記入してください | | | | | | | | | 1ヶ月の収入 年金等収入 約 万円 生活保護受給 | |
| 経管栄養(胃ろう) インシュリン(回数 /日) パルーンカテーテル 人工肛門(ストマ) 在宅酸素 ペースメーカー 人工透析 痰の吸引 褥瘡 MRSA その他() | | | | | | | | | | | |
| 希望施設 (複数可) | 多床室 | グリーンハイム荒川(50床) サンハイム荒川(59床) 花の木ハイム荒川(50床) あそかのぞみの郷(64床) | | | | | | | | | |
| | 個室 | さくら館(58床) 癒しの里南千住(20床) おたけの郷(40床) | 1施設のみ希望する場合は加点があります。 さくら館・癒しの里南千住・おたけの郷は、多床室か個室のどちらかを選択してください。 (利用料が異なります。入所後の変更はできません。) | | | | | | | | |
| | | さくら館(28床) 癒しの里南千住(80床) おたけの郷(100床) | | | | | | | | | |
| 施設からの連絡は、第一連絡先、第二連絡先の順番でご連絡いたします。 | | | | | | | | | | | |
| 連絡第一先 | 氏名 | 同上 (続柄) | 電話 | 申請者と同じ場合は「同上」と記入してください | | | 連絡第二先 | 氏名 | 荒川 太郎 (続柄 子) | 電話 | 090-1234-5678 |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | 荒川居宅介護支援事業所 | | | 所在地 | 〒 116 - 0002 荒川区荒川3 - 7 - 5 | | 在宅サービスを利用している方は必ず記入してください | | | |
| 担当ケアマネジャー | 桜井 春子 | | | 電話番号 | 03-3802-3618 | | | | | | |
| 個人情報の取り扱いに関する同意 | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 区が要介護認定についての調査内容、判定結果及び主治医意見書について情報提供を受けることに同意します。 区が住民基本台帳上の異動内容及び本人、配偶者又は生計中心者の所得や課税額等について情報の提供を受けることに同意します。 区が希望施設へ申込みに関する情報を提供することに同意します。また、施設から入所の意思確認があった際に自己都合で辞退した場合、この申込は全て取下げになることに同意します。 国または東京都からの統計調査等に協力することに同意します。 荒川区外の特別養護老人ホームに入所した場合は、申し込みを取り下げます。 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 本人氏名 | 荒川 一郎 | 必ず記入してください |
| | | | | | | | | | 代筆者 | 荒川 二三子 (続柄 妻) | |
| 受付日 | 令和 年 月 日 | 区窓口・郵送着 | 受付票 | 申請書コピー | パンフ | 受付者 | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | |

記入例

特別養護老人ホーム入所調査票

< 新規 >

| | | |
|---|--|--|
| 本人の認知症状 | 認知機能について | 短期記憶問題あり 意思の伝達ができない 毎日の日課が理解できない |
| | 精神・行動障害について | 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 不潔行為 徘徊 介護に抵抗 |
| | | 火の不始末 異食行動 性的問題行動 その他() |
| 介護をしている家族についてお聞きします。 | 主介護者氏名(荒川 二三子)・年齢(73歳)・性別(男・女) 続柄(妻) | |
| | 同居 別居(区・市) | |
| | 介護者がいない(子がいないため介護者が兄弟・姉妹・孫などで同居していない場合) | |
| | 介護者が難病(注1)()・障害(級)・要介護者(要介護・要支援) | |
| | 介護者が他にも障害者や高齢者を常時介護している(氏名 続柄) | |
| | 介護者が70歳以上 | 介護をしている方の状況です 入所希望者が在宅以外の場合は在宅に戻った場合に介護する方の状況です |
| | 介護者が同居の兄弟・姉妹・孫など | |
| | 介護者が病弱・通院中である (病名: 月 回通院) | |
| | 介護者が働いている・育児をしている・介護のために離職中 | |
| 本人の現在の生活 | 自宅で一人暮らし(日中独居・夜間独居を含む) | |
| | 高齢者のみの世帯(70歳以上) | |
| | 住宅がない、または立ち退きを求められている | |
| | 施設や病院から退所・退院を求められても自宅での介護はできない | |
| | 施設・病院の費用が高額のため経済的負担が大きい | |
| | その他生活困難な理由 下欄に具体的に記入してください。 | |
| 介護期間 | 申請時在宅(入院中を含む) | 区で確認しますので記入不要です |
| | 要介護1以上の時期(H・R 年 月 日から)(通算 年) 区で確認します。 | |
| 介護者の事情、在宅で介護できない事情、早期に入所したい理由等を具体的にお書きください。 | | 計 |
| 施設を希望する理由を具体的に必ず記入してください | | 施設 |
| | | 緊急性 |
| (記入欄は状況調査票下欄にもあります。) | | 合計 |

・調査内容について、実態調査をおこなったり、ケアマネージャーに確認することがあります。また、虚偽の記載をした場合は、申込みを取り消すことがあります。

(注1)悪性腫瘍、人工透析等も含む。

記入例

〈状況調査票〉

申込日 令和 年 月 日

変更申請日 令和 年 月 日

区外施設でもよいので、早く入所したい

入所希望者氏名 荒川 一郎

希望する方は を記入してください

現在治療中の病気

既往歴
(大きな病気などについて記入してください)

| 病名 | 病院名 |
|-----|------|
| 認知症 | 荒川病院 |
| | |
| | |

| 病名 | 時期 |
|-----|----|
| 脳梗塞 | 年頃 |
| | |
| | |

認知症高齢者日常生活自立度()

現状の症状に係わるような病気について記入してください

日常生活の状況

区で確認しますので記入不要です

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|--|
| 身長 | 165 | cm | 障害者手帳の有無等 | 手帳の種類 | () | |
| 体重 | 68 | kg | | 等級 | () | |
| 状況 | 自分で可能 | 見守り必要 | 一部介助 | 全介助 | 聴力 | 普通 聞こえづらい 聞こえない |
| 歩行 | | | | | 視力 | 普通 見えづらい 見えない |
| 車いす利用 | | | | | 会話 | 特に問題なく可 簡単な会話なら可 同じことを繰り返す(会話は成立する) 意思の疎通は困難(会話にならない) |
| 排泄 | | | | | | |
| 入浴 | | | | | オムツ使用 | 無 常時 夜のみ リハビリパンツ |
| 食事 | | | | | 食事形態 | 普通食 キザミ かゆ 流動 |

配膳後、ご自身で食べることができる方は、こちらに をお願いします

自由記入欄

ご自宅での介護が難しい場合には、こちらに詳細状況(ご家族、介護者の状況等)をご記入ください
また、現在、病院や他の施設に入所している場合も状況を記入してください

区確認事項

老健案内

障害者控除

限度額認定

埼玉等特養一覧

オムツ案内