

(様式2)

ポイント	担当印
------	-----

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）

申込み日平成 年 月 日

社会福祉法人江東園

（有効期限：上記申込受付日から1年間）

特別養護老人ホーム リバーサイドグリーン 施設長殿

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和	年	月 日生
住所	〒				
電話					
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	平成 年 月 日		～	平成 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

年金の有無：無・国民・厚生・遺族（ ） / 生活保護受給： 有 ・ 無

現在の居場所及び住所	<input type="checkbox"/> 1- 自宅			
	<input type="checkbox"/> 2- 病院	(病院名	入院	年 月)
	<input type="checkbox"/> 3- 介護老人保健施設	(施設名	入所	年 月)
	<input type="checkbox"/> 4- 介護療養型医療施設	(施設名	入所	年 月)
	<input type="checkbox"/> 5- その他	(具体的に		
現在居場所の住所：				

申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入下さい。）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	自宅（ ）	-	携帯（ ）
	勤務先（ ）		※昼間、連絡が取れるところをご記入下さい

連絡先（申し込み代理者以外の方は、下の欄にご記入下さい。）

フリガナ		入所希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
電話	自宅（ ）		携帯（ ）
	勤務先（ ）		※昼間、連絡が取れるところをご記入下さい

担当マネージャー

事業所名		氏名		電話	
------	--	----	--	----	--

※該当するところに記入・レ点をつけてください。

身長		cm		体重		kg	
障害	身体障害者手帳 (種 級) (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 障害名				精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩行	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 歩行不可	<input type="checkbox"/> 立位可	<input type="checkbox"/> 立位不可
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (オムツの使用)	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 無	<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"/> ミキサー食等	嚥下状態:			
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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	<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"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	<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	症 状	<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()				
入所希望者の状況	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"/> 夜間不眠や昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である					
		その他					
医療に関する病気	<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(これまでに罹った病気)						
	◆これまでの経緯						
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()						
	福祉サービス利用状況						

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない				
	別居	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる (氏名 介護の状況や要介護度)				
	同居	<input type="checkbox"/> 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	大正・昭和・平成	年 月 日生	(歳)
		<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている (種 級 障害疾患 (家族構成))			
		<input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている (度) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている (級 障害疾患) <input type="checkbox"/> 病気で通院している (病名 通院状況 週間に 回)			
<input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4~8時間 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に)					
<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる (氏名 介護の状況や要介護度)					

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無い <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ばりつけるなど、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、この申込書にある内容を東京都・江戸川区・包括支援センター(熟年相談室)・担当ケアマネージャーへ提供することを同意します。

平成 年 月 日 本人氏名 _____

代理人氏名 _____ 本人との続柄 ()