第１号様式（第２条関係）　　令和８年２月１日改訂

港区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書　【□変更】

初回申込後に、介護者や住まいの状況に大きな変化があった場合、入所希望施設を変更する場合は【変更】にチェックを入れて再提出してください。その際は、入所希望者欄・申込者欄・変更箇所欄に記入してください。

（あて先）港区長

入所希望者（本人）

氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	性別	男 ・ 女	生活保護	有 ・ 無
		生年月日	年　月　日（　歳）		
住民登録地	〒			介護保険者	港 区 ・ その他
介護保険被保険者番号		要介護度	１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		

※要介護１・２の場合は「要介護１及び２の名簿登載対象者該当・非該当実態調査」もご提出ください。

申込（代理）者　※通知送付先に使用するので必須。

氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	電話番号	
		携帯番号	
住　所	〒	入所希望者との続柄	

家族・親族の状況（申込者以外）

氏名		続柄		同居 ・ 別居	電話番号

後見（保佐・補助）人

□いない　□いる（　）　□申立て中 ・ 申立て予定（　）

いずれか☑を入れてください。　※事実と異なる記載が判明した場合、申込無効となる場合があります。

介護者の状況 ※本人が自宅以外に居住の場合は、在宅時の介護者についてご記入ください。	□介護者（同居の親族等）がいない。独居である。　要介護度３・４・５ □介護者（同居の親族等）がいない。独居である。　要介護度１・２ □介護者が病気や障害（要介護認定含む）、仕事があり、介護者を手伝う人がいない。 □介護者が複数の人の介護（育児を含む）をしており、介護者を手伝う人がいない。 □本人と介護者の２人世帯で、介護者が75歳以上で手伝う人がいない。 □介護者が病気や障害（要介護認定含む）、仕事があり、介護者を手伝う人がいる。 □介護者が複数の人の介護（育児を含む）をしており、介護者を手伝う人がいる。 □介護者に問題はない。	
入所希望者の住まいの状況（現在）	□自　宅 □病　院 □老人保健施設 □介護療養型医療施設 □ショートステイ	※左記に☑をした場合は、自宅の状況に☑をしてください。 □立ち退きを迫られている。（立ち退き期限：　年　月） □自宅を引き払った等により住居が無い。（引払日：　年　月） □自宅に介護上の問題がある。 □自宅に介護上の問題は無い。
	□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 □ケアハウス □特別養護老人ホーム □養護老人ホーム	※左記に☑をした場合、その施設の状況に☑をしてください。 □退所を求められており、戻る家が無い。（退所期限：　年　月） □退所を求められており、戻る家がある。（退所期限：　年　月） □退所を求められていない。
	施設名	電話番号

※市街地再開発事業で一時港区外に住民登録していた場合は、居住期間に合算されるため、裏面特記事項欄にご記入ください。後日、区から申込者へ確認します。

担当ケアマネジャー	氏名		事業所名 電話番号	

入所希望施設	従来型（多床室）　□白金の森　□港南の郷　□サン・サン赤坂 □麻布慶福苑　□南麻布シニアガーデンアリス(区民入所のみ)
	ユニット型個室　□新橋さくらの園　□洛和ヴィラ南麻布　□ありすの杜きのこ南麻布 □南麻布シニアガーデンアリス　□青山スクウェアー(区民入所のみ)

※複数の施設を選択された場合、最初に連絡のあった施設への入所手続きを進めます。

入所希望者の状況

※事実と異なる記載が判明した場合、申込無効となる場合があります。

本人の状態		□妄想・作り話　□異食　□収集癖　□暴力行為　□不眠・昼夜逆転　□幻聴・幻覚 □徘徊　□不衛生行為　□大声・奇声　□火元の管理ができない　□介護への抵抗 □24時間見守りが必要（常時臥床含む）　□知的障害　□精神障害
医療的ケア等		□疼痛の看護　□在宅酸素療法※　□インスリン注射※　□ストーマの処置　□痰の吸引※ □経鼻経管栄養※　□胃ろう※　□腸ろう※　□じょくそうの処置　□透析※ □カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル・膀胱瘻・腎瘻)　※施設により受入れ要相談
	現在受入不可	□中心静脈栄養　□気管切開の処置　□点滴の管理　□レスピレーター(人工呼吸器) □モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)

食　事		□介助なくできる(自立)　□声掛け・見守りが必要　□一部介助　□全介助
排　泄		□介助なくできる(自立)　□声掛け・見守りが必要　□一部介助　□全介助
入　浴		□介助なくできる(自立)　□声掛け・見守りが必要　□一部介助　□全介助
更　衣		□介助なくできる(自立)　□声掛け・見守りが必要　□一部介助　□全介助
歩　行		□介助なくできる(自立)　□声掛け・見守りが必要　□一部介助　□全介助
睡　眠		□普通　□眠れないことが多い　□不眠　□眠剤（　　）
聴　力		□普通　□聞こえにくい（□補聴器使用）　□全く聞こえない（□右・□左）
視　力		□普通　□見えにくい（□眼鏡使用）　□全く見えない（□右・□左）
会話	言語	□普通に話せる　□聞き取りにくい　□話せない
	理解	□できる　□大体できる　□ほとんどできない　□できない
治療中の疾病		□なし　□脳血管障害　□糖尿病　□心疾患　□認知症　□パーキンソン病 □その他（　　）

在宅での介護が困難な状況、ご本人の様子等、入所希望する理由を記入してください。

特記事項	

同意書	内容を確認し、同意のうえ申込します。個人情報は区・施設・関係機関へ提供されること、入所時に健康診断書等を提出することに同意します。 年　月　日　　入所希望(本人)氏名 ※ご本人が記入できない場合は、代理人が入所希望者の氏名を記入し、押印してください。

＊事務処理欄

受　付	住民日	当初介護認定日	区分変更認定日	備　考