

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	(フリガナ)	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	(フリガナ)	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護者（同居の親族等）がいない。独居である。要介護度1・2 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 介護者に問題はない。			
入所希望者の住まいの状況（現在）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ	※左記に <input checked="" type="checkbox"/> をした場合は、自宅の状況に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている。（立ち退き期限： 年 月） <input type="checkbox"/> 自宅を引き払った等により住居が無い。（引払日： 年 月） <input type="checkbox"/> 自宅に介護上の問題がある。 <input type="checkbox"/> 自宅に介護上の問題は無い。		
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	※左記に <input checked="" type="checkbox"/> をした場合、その施設の状況に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 退所を求められており、戻る家が無い。（退所期限： 年 月） <input type="checkbox"/> 退所を求められており、戻る家がある。（退所期限： 年 月） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 白金の森 <input type="checkbox"/> 港南の郷 <input type="checkbox"/> サン・サン赤坂 <input type="checkbox"/> 麻布慶福苑 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 新橋さくらの園 <input type="checkbox"/> 洛和ヴィラ南麻布 <input type="checkbox"/> ありすの杜きのご南麻布 <input type="checkbox"/> 南麻布シニアガーデンアリス <input type="checkbox"/> 青山スクウェア(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	<input type="checkbox"/> 妄想・作り話 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不衛生行為 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 火元の管理ができない <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 24時間見守りが必要（常時臥床含む） <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害
医療的ケア等	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法※ <input type="checkbox"/> インスリン注射※ <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 痰の吸引※ <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養※ <input type="checkbox"/> 胃ろう※ <input type="checkbox"/> 腸ろう※ <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> 透析※ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> レスピレーター(人工呼吸器) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等)

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