

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、入所申込者欄・申込者欄・変更箇所欄のみ記入してください。

（あて先）

入所希望者(本人)

氏名	(フリガナ) ミナト ハナコ 港 花 子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生活保護	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
		生年月日	昭和10年10月10日（90歳）		
住民登録地	〒 105-8511 港区芝公園1-5-25 港マンション101			介護保険者	
				<input checked="" type="radio"/> 港区・ <input type="radio"/> その他	
介護保険被保険者番号	3 4 5 6 7 8 9	要介護度	1 ・ 2 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。					

申込期限の7月31日または1月31日時点の年齢をご記入ください。

介護保険被保険者証の発行が港区以外の場合は、『その他』に○印をつけてください。
また、『その他』の場合は有効な認定期間のわかる介護保険被保険者証の写しをご提出ください。

要介護1・2の方は、特例的に入所対象になる4つの要件のいずれかに該当する場合に申込みが可能です。

- ①認知症があり、日常生活に支障をきたす症状・行動や、意思疎通の困難さが頻繁にみられる方
- ②知的障害・精神障害等があり、日常生活に支障をきたす症状・行動や、意思疎通の困難さが頻繁にみられる方
- ③家族等からの深刻な虐待が疑われる等、心身の安全や安心を確保することが難しい方
- ④単身世帯、または同居家族が高齢・病弱等の理由で支援が期待できず、地域の介護サービスや生活支援も不十分なため、居宅での生活が困難な方

『いる』の場合は、後見人等の氏名をご記入ください。

『申立て中・申立て予定』の場合は、申立て予定時期等分かる範囲でご記入ください。

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) ミナト タロウ 港 太 郎	電話番号	03-1234-5678		
		携帯番号	090-1234-5678		
住所	〒 同 上			入所希望者との続柄	夫

家族・親族の状況(申込者以外)

氏名	港 次 郎	続柄	長男	同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居	電話番号 070-1234-5678
----	-------	----	----	---	-----------------------

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）がない。独居である。 要介護度1・2 <input checked="" 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。	
※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』とは、1日のうち最も長く介護をしている人。

『介護者がいない』とは、独居、または別居の方が介護者となる場合。ただし、同じ建物内で部屋が異なる場合、住民票の世帯分離、同一敷地内で番地のみ異なる場合は同居扱い。

『介護を手伝う人』とは、同居の家族、または区内・近隣区（中央・千代田・新宿・渋谷・品川・江東区）に住む親族等で週に2～3日程度継続して介護を手伝える人。

『介護者が病気』とは、病気の診断を受けており、自身の日常生活にも支障があり、介護が困難な人。

『介護者が障害』とは、介護が不可能、または困難になる程度の障害を持つ人。

『介護者が就労』とは、フルタイム・パートタイムを問わず就労している人。

『介護者が複数介護』とは、要介護1以上の人や障害者を、申込者本人を含め2人以上介護をしている場合。または、介護者が未就学児を育児中の場合。

『立ち退きを求められている』とは、高齢を理由にするものであって、再開発等で保証を受けられる場合は含めない。

『自宅に介護上の問題がある』とは、介護スペースが確保できない、バリアフリー化がされていない、建物の老朽化や安全面で問題がある等の場合。

『退所を求められている』とは、入所者の状態(医療・介護度等)が施設基準に合わなくなった、契約期間の更新不可などにより退所を求められている。施設側の規定により退所を指示されている等の場合。

『特別養護老人ホーム』入所中の場合は、住宅の状況による加点はありません。

※現在の住まいの状況が表記の種類に当てはまらず、住所登録ができない施設の場合は、上段の『自宅』～『ショートステイ』の中で最も近い項目にしてください。住所登録が可能な施設の場合は、下段の『グループホーム』～『養護老人ホーム』の中で最も近い項目にしてください。

入所希望者の住まいの状況(現在)	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input checked="" 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 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 checked="" 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。(引き続き住める。)	
	<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 type="checkbox"/> をした場合、その施設の状況に <input 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	〇〇病院	電話番号	03-9876-5432

※市街地再開発事業で一時港区外に住居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。

再開発でやむなく転出した方が、開発後に元の場所へ戻った場合、入所判定基準の居住期間は、最初に住み始めたときから算出します。そのため、裏面の特記事項欄に『区外での住民登録期間』と『転出前の港区での住民登録期間』をご記入ください。

担当ケアマネージャーがいる場合はご記入ください。

担当ケアマネジャー	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	事業所名	▽ ▼ ▽
			電話番号	03-××-●●●●

記 入 例

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"/> ありすの杜きのこ南麻布 <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 checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 不衛生行為 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input checked="" 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	認知症により、徘徊歴があります。歩くことは問題なく来ています。(現在は、2週間程度入院中) 食事は1人で出来ますが、排せつはおむつを使用しており、入浴は1人で家では入れないので、週3回デイサービスを利用しています。 介護者である夫は高齢で、要介護度1であり介護は難しいです。また、近隣に住む次男は自営業で休みがなく、介護を手伝うことが出来ないため入所を希望します。
------	--

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。 令和 8 年 2 月 1 日 入所希望(本人)氏名 港 花 子 ※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

複数の施設を選択された場合は、最初に連絡があった施設で入所手続きを進めます。なお、医療行為が必要な方や著しい行動障害がある方は入所が難しい場合があります。

希望施設の変更は、

7月31日申込期限の場合：8月末日まで

1月31日申込期限の場合：2月末日まで

※いずれも、上記までに「入所申込書兼調査書(変更)」を再提出し、受付されたものに限り有効です。

本人の状態、医療的ケア等欄に該当がある場合は、「港区特別養護老人ホーム入所基準」を基に加点します。少しでも当てはまる場合はを入れてください。

本人の状態欄の『妄想・作り話』～『24時間見守りが必要(常時臥床含む)』までの項目で、該当数に応じて加点。医療的ケア等欄の『疼痛の看護』～『カテーテル』(『痰の吸引』、『透析』を除く)のうち1項目以上を日常的に必要とする場合加点。現在受入不可な医療行為は加点なし。

『異食』とは、食べ物以外を口に入れてしまう行為。
『収集癖』とは、不安感等から、本人にとって必要だと思う物を繰り返し集めたり手元にため込んでしまう行動。
『不衛生行為』とは、排泄物やごみを触る、身の周りを極端に汚す等衛生面で問題となる行為。

『疼痛の看護』とは、体位調整や薬の管理で痛みを緩和する看護ケア。
『ストーマの処置』とは、人工肛門を清潔に保ち、装具を交換するケア。
『経鼻経管栄養』とは、鼻からチューブを胃や腸に通し、栄養を直接投与方法
『胃ろう』とは、腹部から胃にチューブを挿入し、栄養や薬を投与方法。
『じょくそうの処置』とは、床ずれを清潔にし、治癒を促すケア。
『カテーテル』とは、体内に挿入する細い管で、尿の排出や薬液の投与などに用いる。

各項目について、現在のご本人の状態に最も近いものを選び、を入れてください。

介助なく出来る(自立)：声掛けや見守り、支援がなくても一人で可能な場合。
声掛け・見守りが必要：一人で可能だが、そばで見守ったり声掛けが必要な場合。
一部介助：一部の動作のみ支援が必要な場合。
全介助：ほとんど、またはすべての動作にが支援必要な場合。
※複数該当する場合は、普段の様子に近いものを選んでください。

特別養護老人ホーム入所を希望する理由や、ご本人の状態、介護者の状況をご記入ください。
また、再開発事業に伴い港区外に住民登録をしていた場合は、居住期間への合算がありますので、特記事項欄に『区外での住民登録期間』と『転出前の港区での住民登録期間』をご記入ください。

申込内容を確認し、個人情報の取扱いや健康診断書等の提出についても同意のうえ署名してください。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。