

港区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

（あて先） 港区長

受付日

年 月 日

港区内の下記の特別養護老人ホームの入所を申し込みます。

区内の特別養護老人ホームでは、この申込書の内容をもとに、入所していただく優先度をきめております。氏名等を記入のうえ該当する箇所に✔をつけてください。

記入者連絡先 入所その他の連絡が取れる。郵便物が送付できる	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			
本人	氏名 (フリガナ)	電話番号			
	住所 〒	生年月日			
	被保険者番号	要介護 1 2 3 4 5			
家族・親族構成 (独居・入院中等でも関係している上記以外の家族親族等)	氏名	同居・別居	続柄	年齢	歳
	〒	住所	電話		
	氏名	同居・別居	続柄	年齢	歳
	〒	住所	電話		
介護者の状況 ※ご本人の居場所が自宅でない場合は、在宅していたときの介護者について記入して下さい。	<input type="checkbox"/> 介護者（同居の親族等）がいない。独居である。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がなく、介護者が病気や障害（要介護認定含む）を抱えている。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がなく、介護者が就労している。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がなく、複数の人の介護（育児と保育を含む）をしている。 <input type="checkbox"/> 本人と介護者の2人世帯で、介護者が75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人がいるが、介護者が病気や障害（要介護認定を含む）を抱えている。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人はいるが、介護者が就労している。 <input type="checkbox"/> 介護者を手伝う人はいるが、複数の人の介護（育児と保育を含む）をしている。 <input type="checkbox"/> 介護者に問題はない。				
本人の住まい ※入院等の一時的に限る場合は自宅としてください。	自宅 { <input type="checkbox"/> 立ち退き等で退去を求められている。 <input type="checkbox"/> 引き続き住むことが出来る。 ----- 自宅以外 { <input type="checkbox"/> 退去を求められている。 (施設等) { <input type="checkbox"/> 退去を求められていない。				
市街地再開発事業によって一時港区外に居住をしていた方	区外での居住(住民登録)期間と、転出前の港区居住(住民登録)期間 【区外での居住期間】 年 月 から 年 月 まで 【転出前の港区居住期間】 年 月 から 区外へ転出した日				
その他で該当するものがあればチェックしてください。	<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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不衛生行為 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 妄想・作り話 <input type="checkbox"/> 火元の管理不可 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 24時間見守りが必要 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害				
	<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名) <input type="checkbox"/> 胃ろう				
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 点滴の管理				
現在受入不可な医療行為					

<p>ご自宅以外での介護や治療</p>	<p>現在おられるのは</p> <p><input type="checkbox"/>特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/>老人保健施設 <input type="checkbox"/>介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/>病院</p> <p><input type="checkbox"/>養護老人ホーム <input type="checkbox"/>軽費老人ホーム <input type="checkbox"/>ケアハウス <input type="checkbox"/>有料老人ホーム</p> <p><input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>グループリビング <input type="checkbox"/>サービス付き高齢者向け住宅</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p>施設名 _____ 電話 _____</p> <p>実態調査時にご本人の様子を施設等に調査することを</p> <p style="text-align: right;">・同意します ・同意しません</p>
<p>在宅ケアプランなどについて</p>	<p>ケアプランは、<input type="checkbox"/>作っている <input type="checkbox"/>作っていない</p> <p>相談できる介護支援専門員は、<input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない</p> <p>介護支援専門員の氏名 _____</p> <p>連絡先会社名 _____ 電話 _____</p>
<p>利用されている在宅サービスについて</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>訪問入浴介護 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション</p> <p><input type="checkbox"/>（看護）小規模多機能型居宅介護</p> <p><input type="checkbox"/>居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/>デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/>短期入所（特養、老健等）</p> <p><input type="checkbox"/>住宅改修（ ） <input type="checkbox"/>夜間対応型訪問介護</p> <p><input type="checkbox"/>福祉用具貸与（ ）</p>

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

<p>入所を希望する施設に ✓をつけてください</p> <p>※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となります。</p>	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/>麻布慶福苑 <input type="checkbox"/>南麻布シニアガーデンアリス</p> <hr/> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>ありすの杜きのこ南麻布</p> <p><input type="checkbox"/>南麻布シニアガーデンアリス</p>
---	---

個人情報について

この申込書及び訪問調査に係る私の情報を保険者、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、指定する介護支援専門員に在宅生活支援のために提供すること、及び保険者、高齢者相談センター（地域包括支援センター）、指定する介護支援専門員が保有する私の情報を特別養護老人ホーム入所判定業務に使用することを同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏 名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

事務処理	受付	施設名			受付印
	決裁	課長	係長	係員	