

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
申込書ご記入の方のお名前			
連絡先	（ ）	ご記入者以外の方の連絡先	お名前（続柄） 電話（ ）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
入所申込者ご本人のお名前							
被保険者番号		保険者名		区・市・町・村			
住 所	〒 —	この申込書についての問い合わせ先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等 名前（続柄） 電話（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在の居所	<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"/> 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 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護している方について（施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ 年 月～ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 種 級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外で介護者の状況について ()						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について ()						

<p>ご本人の心身の状況について</p>	<p><u>疾病・障害について</u></p> <p>疾病について 病名 _____ 通院（ 有・無 ）・服薬（ 有・無 ） 病名 _____ 通院（ 有・無 ）・服薬（ 有・無 ） 病名 _____ 通院（ 有・無 ）・服薬（ 有・無 ）</p> <p>障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/>ある 障害の内容 _____ 障害の程度 種 級（度） <input type="checkbox"/>ない</p> <p><u>認知症等の問題行動について</u></p> <p><input type="checkbox"/>暴言暴行 <input type="checkbox"/>大声をだす <input type="checkbox"/>介護に抵抗 <input type="checkbox"/>常時の徘徊 <input type="checkbox"/>外出してもどれない <input type="checkbox"/>1人で外にでたがる <input type="checkbox"/>火の不始末 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>幻覚・妄想 その他問題行動の状況について</p> <p>(_____)</p> <p><u>医療的措置について</u></p> <p><input type="checkbox"/>尿管カテーテル <input type="checkbox"/>ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/>酸素療法 <input type="checkbox"/>透析 <input type="checkbox"/>インシュリン注射（ 回/日） <input type="checkbox"/>経管栄養（ 経鼻・経腸・胃ろう ） <input type="checkbox"/>その他</p> <p>(_____)</p> <p><u>その他心身の状況で留意すること</u></p> <p>(_____)</p>
<p>在宅サービスについて</p>	<p>在宅サービスは、 <input type="checkbox"/>利用している <input type="checkbox"/>利用していない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/>今のままでよい <input type="checkbox"/>もっと増やしたい <input type="checkbox"/>サービスや使い方を変更したい （具体的な内容 _____）</p>
<p>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 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない 介護支援専門員（ケアマネジャー）氏名 _____</p> <p>事業者名 _____ 電話 _____（ _____）</p>
<p>他施設の申込みの状況について</p>	<p>市内施設 <input type="checkbox"/>やすらぎの園 <input type="checkbox"/>小川ホーム <input type="checkbox"/>まりも園 <input type="checkbox"/>多摩済生園 <input type="checkbox"/>小平健成苑 <input type="checkbox"/>健成苑はなこがねい <input type="checkbox"/>さくら野杜 市外施設 <input type="checkbox"/>あゆみえん（青梅市） <input type="checkbox"/>塩船園（青梅市） <input type="checkbox"/>青梅天使園（青梅市） <input type="checkbox"/>羽村園（羽村市） <input type="checkbox"/>神明園（羽村市） <input type="checkbox"/>羽生の里（日の出町） <input type="checkbox"/>その他（ _____）</p>
<p>その他特記すべきこと</p>	<p>_____</p>

<p>情報提供に関する同意確認欄</p>	<p>私は、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 また、この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャーへ情報提供することに同意します。</p> <p>指定介護老人福祉施設 _____ 施設長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏名（入所申込者ご本人） _____ 印 _____ （代筆者氏名 _____）</p>
----------------------	--