

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1 <input type="checkbox"/> 要介護2		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"/> 介護老人保健施設 <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 主に介護をする方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <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	<p>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</p>
介護する上で の住宅の問題 について	<p><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> <p>[ ]</p>
ご本人の心身 の状況について	<p><u>疾病・障害について</u>        疾病について 病名 _____ 通院 ( <input type="checkbox"/> 有・無 ) ・服薬 ( <input type="checkbox"/> 有・無 )        病名 _____ 通院 ( <input type="checkbox"/> 有・無 ) ・服薬 ( <input type="checkbox"/> 有・無 )        病名 _____ 通院 ( <input type="checkbox"/> 有・無 ) ・服薬 ( <input type="checkbox"/> 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>  <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"/> 外出して戻れない  <input type="checkbox"/> 1人で外に出たがる <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>  <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>
在宅サービス について	<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>
ケアプラン などについて	<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 _____        事業所名 _____ 電話 ( _____ ) _____</p>
他施設への申 込みの状況に ついて	<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>
その他特記 すべきこと	