小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

要介護３～５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 入所申込者ご本人との関係 | □配偶者　□子（ 同居　・　別居 ）□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　　年　　月　　日昭 | 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せ先 | □自宅 □自宅以外のご家族・親族等名前　　　　　　　（続柄　　　） 電話　　　（　　　）　　　　　 |
| 要介護度 | □要介護３　□要介護４　□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 | □自宅　　　□病院　　　□老人保健施設　　　□介護療養型医療施設　□養護老人ホーム　　□軽費老人ホーム　　□ケアハウス　□有料老人ホーム□グループホーム　　□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～　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居の方について | □ひとり暮らし　　□ご夫婦のみ（相手の方の年齢　　　歳）□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　　　　□いる（　　　　　　　　　　　　）　　□いない主に介護される方は　　□健康　　※当てはまるもの　　　　　　□高齢（　　　　歳）すべてをチェック　　　□病弱（病名　　　　　　　　　　　　　　通院治療　有・無　）　してください。　　□病気で入院中（　　　年　　月～　）□障害がある　（障害の程度　　種　　級）　　　　　　　　　　　□働いている（パート・正社員）　　□働いていない　　　　　　　　　　　□育児中である（就学前）　　　　　　　　　　　□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　　　□いる　　□いない　　手伝う方がいる場合、その方は　□親族　　□近所の方　　□それ以外（　　　　　） |
| お住まいについて | 今のお住まいは　　　　□自宅　　□自宅以外　自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が　　□ある　　□ない　　　　　　　　　　　　 |
| 介護する上での住宅の問題について | □エレベーターのない集合住宅の２階以上に住んでいる　　　□自分の部屋がない□自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある　　□立ち退きを求められている□家屋の老朽化が著しい上記以外の住宅の問題について |
|  |  |
|  |  |
| その他　 |

|  |  |
| --- | --- |
| ご本人の心身の状況について | 疾病・障害について　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　）障害者手帳の有無　□ある　障害の内容　　　　　　　　　　　　障害の程度　　種　　級（度）　　　　　　　　　　□ない　認知症等の問題行動について　□暴言暴行　□大声をだす　□介護に抵抗　□常時の徘徊　□外出してもどれない□１人で外にでたがる　□火の不始末　□不潔行為　□異食　□幻覚・妄想その他問題行動の状況について医療的措置について□尿管カテーテル　□ストマ（人工肛門）　□酸素療法　□透析□インシュリン注射（　　回／日）　□経管栄養（　経鼻・経腸・胃ろう　）　□その他その他心身の状況で留意すること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 在宅サービスについて | 在宅サービスは、　□利用している　　□利用していない今後の利用は、　　□今のままでよい　□もっと増やしたい　　　　　　　　　□サービスや使い方を変更したい　　　　　　　　　（具体的な内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ケアプランなどについて | ケアプランは、　　□作っている　　□作っていない担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、　□いる　　□いない介護支援専門員（ケアマネジャー）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）　　　　　 |
| 他施設の申込みの状況について | 市内施設　□やすらぎの園　□小川ホーム　□まりも園　□多摩済生園　□小平健成苑　　　　　□健成苑はなこがねい　　□さくら野杜市外施設　□あゆみえん（青梅市）　□塩船園（青梅市）　□青梅天使園（青梅市）□羽村園（羽村市）　□神明園（羽村市）　□羽生の里（日の出町）　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他特記すべきこと |  |
|  |
| 情報提供に関する同意確認欄 | 　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。指定介護老人福祉施設　　　　　　　　　　施設長　様　平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　氏名（入所申込者ご本人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

|  |
| --- |
|  |