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１・２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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１　　　□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 | □自宅  □病院　　　□介護老人保健施設　　　□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  主に介護をする方は　　□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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　□外出して戻れない  □１人で外に出たがる　□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  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　） |
| 他施設へ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 |  |
|  |  |
|  | |

」

|  |
| --- |
|  |