

(様式第1号)

小金井市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)

申込日・届出日	年 月 日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[]
---------	-------	------	---

ホーム 使用欄	受付日	年 月 日	担当者	受付番号
------------	-----	-------	-----	------

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、入所申込書兼調査票を提出します。

施設長 様

申込者 (記入した者) について

住所	〒 _____			
(フリガナ) 氏名	(_____)	続柄	電話	(自宅) (勤務先) (携帯)

入所希望者本人について

入所希望者本人の 基本情報	(フリガナ) 氏名	(_____)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
			生年月日	明・大・昭 _____ 年 月 日 (_____ 歳)				
	住所	〒 _____						
		電話 (_____)						
	介護保険被保険者番号 (10桁)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
要介護認定 と認定期間	要介護度 [_____]	(認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日						
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 _____ 級・度) (障害名 _____ 交付日 _____ 年 月 日)							
入所希望者本人の 状況	現在利用している施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。⇒下欄にも記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>病院名・入所施設名 (所在地)</td> <td>期 間</td> </tr> <tr> <td>(_____ 市・区・町・村)</td> <td>_____ 年 月 日頃~</td> </tr> </table>			病院名・入所施設名 (所在地)	期 間	(_____ 市・区・町・村)	_____ 年 月 日頃~
	病院名・入所施設名 (所在地)	期 間						
	(_____ 市・区・町・村)	_____ 年 月 日頃~						
認知症・ 精神の状況	◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものに点チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 (_____)							
現在受けている医療的 な処置	<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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 _____ 回) ◆その他(感染症等 _____)							
	中の現在 病気の治療	病 名	飲んでる薬	期 間				
				_____ 年 月 ~				
				_____ 年 月 ~				
				_____ 年 月 ~				

家族や住居等の状況	主に介護している者について	(ふりがな) ()	生年月日	年	月	日	
		氏名	(年齢)			歳	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒右欄にも記入	住所 〒				
			電話 (自宅) (勤務先) (携帯)				
		入所希望者との関係(具体的に)					
主に介護している者の状況	<p>◆下記の項目で該当するものにし点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/> 2親等以内(配偶者・子・孫・兄弟姉妹・親・祖父母)の身寄りも介護者も全くいない。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者が遠方に住んでいる(移動に2時間以上かかり、往復と介護に一日を要する)または病気で長期入院中。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者が70歳以上の高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者が未就学児の育児中または複数の被介護者がいる。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者が週20時間以上の就業をしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。</p> <p>◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。</p> <p>()</p>						
住まいについて	<p>今の住まいは ⇒<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ⇒下欄にもご記入下さい。</p> <p>自宅以外の場合は 戻る自宅が ⇒<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない</p> <p>その他 ⇒<input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい</p>						
介護をする上での住宅の問題点	<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</p> <p><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</p> <p>◆上記以外の問題点があればご記入ください。</p> <p>()</p>						
他施設への申込状況	<p><input type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる。</p> <p><input type="checkbox"/> 他に小金井市関連の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいる。(該当施設にマルをご記入ください)</p> <p>桜町聖ヨハネホーム・つきみの園・緑寿園・サンメール尚和ひのでホーム・麦久保園・清雅苑・ぬく井の杜</p> <p><input type="checkbox"/> その他に市外の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいる。</p> <p>⇒</p>						
その他特別な事情等							
担当ケアマネジャー	事業所名						
	氏名		連絡先	電話	()		

情報提供に関する、入所希望者本人同意の確認欄	<p>私は、入所申込みをした施設の長が、小金井市から私の「介護認定情報(主治医意見書を除く)の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、市に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた市が、必要に応じ、介護保険事業所等への情報収集を行うことについても同意します。</p>					
	<p>年 月 日 本人署名 _____</p> <p>代筆者(続柄 _____) 署名 _____</p>					