

川崎市 特別養護老人ホーム入居申込書

施設長様

特別養護老人ホームに入居したいので、次のとおり申し込みます。

(今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。)

申込者・連絡先	フリガナ		入居希望者との関係		
	氏名		()		
	住所	〒 [][][][] - [][][][][]			
	連絡先	電話番号 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ
		携帯電話 ()	<input type="checkbox"/> 終日	<input type="checkbox"/> 日中のみ	<input type="checkbox"/> 夜間のみ

また、本申込書を、待機者数等の情報を把握し、川崎市の今後の施策に反映させるための資料に利用することを承諾します。

入居希望者	入所希望施設名		<input type="checkbox"/> 多床室を希望	<input type="checkbox"/> どちらでもよい
			<input type="checkbox"/> 個室を希望	
	保険者番号	[][][][][][][][][][]	1. 川崎市	
			2. その他 ()	
	被保険者番号	[][][][][][][][][][]	介護保険被保険者証の写しを必ず裏面に貼付してください。	
	フリガナ		性別	1. 男 2. 女
			年齢	歳
	氏名		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日
	住所	〒 [][][][] - [][][][][]		
	電話番号	()		
	要介護度	※特別養護老人ホームへの入居要件は要介護1以上の認定が必要となります。 1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 [認定有効期間] 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※申請中の場合 (申請日 平成 年 月 日)		
	入居希望時期	1. なるべく早く入居したい 2. いずれ入居したい (理由:)		
	待機場所	1. 在宅 2. 介護老人保健施設 3. 病院・診療所 4. 養護老人ホーム 5. その他 () ※2~5の場合 その名称 () 利用年月日 (平成 年 月 日)		
入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ番号に○をしてください。 1. 介護するものがない。 2. 介護するものはいるが、要支援・要介護状態、高齢、病気療養中、障害を有する状況にあり、十分な介護ができない。 3. 介護するものはいるが、就労中、複数介護、育児中により、十分な介護ができない。 4. 介護するものはいるが、上記にあてはまらないものの、常時十分な介護ができない。 (パート就労等による時間拘束等)			
認知症等による症状	生活状況等調書の「認知症等による症状」欄の1~7の項目に該当された場合のみご記入ください。 1. 「時々ある」が1項目以上 2. 「常にある」が1項目以上			
※本入居申込書に記載された事項に変更があった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入居した場合は、必ず申込みをされた施設に御連絡ください。				

この面に介護保険被保険者証の
写しを貼付してください。

生活状況等調書

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																									
身体 の 状 況	食事	1 自立 [食事の種類 □常食 □半粥 □全粥 □ミキサー]	2 一部介助	3 全介助																					
	排泄	1 自立 [おむつの使用 □なし □昼夜 □夜間のみ]	2 一部介助	3 全介助																					
	入浴	1 自立	2 一部介助	3 全介助	4 行っていない (清拭など)																				
	着脱衣	1 自立	2 一部介助	3 全介助																					
	移動	1 自立 [歩行 □つかまり歩き □杖使用 □車椅子 □ねたきり]	2 一部介助	3 全介助																					
	視力	1 普通	2 やや悪い	3 人の動きがわかる程度																					
	聴力	1 普通	2 やや悪い	3 大声が聞き取れる [補聴器 □使用]																					
	言語	1 普通	2 聞き取りにくい	3 聞き取れない																					
認知症等による 症状 * 症状のある方のみ 記入してください。	<p>1 認知症等の症状が見られるも、日常生活はほぼ自立している。 2 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、 介護を必要とする。 3 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、 常時介護を必要とする。</p> <p>* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可)</p> <table border="0"> <tr> <td>1 乱暴なふるまいを行う</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>2 自分の体を傷つける</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>3 火の不始末がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>4 徘徊し迷子になったことがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>5 興奮したり騒いだりする</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>6 不潔な行為がある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> <tr> <td>7 異食することがある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> 常にある</td> </tr> </table> <p>※「時々ある」…月に1回以上行動がある場合 「常にある」…週に1回以上行動がある場合</p>				1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある
1 乱暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
4 徘徊し迷子になったことがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
7 異食することがある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																							
疾病の状況	<p>* 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>医療機関</th> <th>治療中</th> <th>既往症</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年頃</td> </tr> </tbody> </table>				病名	医療機関	治療中	既往症			年 月～	年頃			年 月～	年頃			年 月～	年頃					
病名	医療機関	治療中	既往症																						
		年 月～	年頃																						
		年 月～	年頃																						
		年 月～	年頃																						
医療的処置	<p>1 経管栄養 2 人工肛門 3 胃ろう 4 インシュリン注射 5 カテーテル等 6 たん吸引(昼・夜) 7 その他 ()</p>																								

家族状況	氏名		性別	年齢	続柄	同居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所	
	主な 介護者		男・女			同・別		
	1		男・女			同・別		
	2		男・女			同・別		
	3		男・女			同・別		
	4		男・女			同・別		
担当ケア マネージャー	氏名							
	事業所名							
	電話番号		()					
現在利用している 居宅サービス等 *該当している すべての数字に ○をしてください。	居宅サービスを月何回くらい利用していますか。							
	1	訪問介護・訪問入浴介護・訪問リハビリテーション・夜間対応型訪問介護 (ホームヘルプサービス)					(月	回程度)
	2	訪問看護・居宅療養管理指導					(月	回程度)
	3	通所介護・認知症対応型通所介護・通所リハビリテーション (デイサービス・デイケア)					(月	回程度)
	4	短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ)					(月	日程度)
	5	小規模多機能型居宅介護					(月	回程度)
	6	その他 ()						
	7	利用していない 理由()						
他施設の 申込み状況	1 当該施設のみ申込む							
	2 他の施設に申し込んでいる又は今後申し込む予定							
	* 既に申し込んでいる他の施設名 ()							
* 今後申し込む予定の他の施設名 ()								
その他								
	* 生活状況等、特記すべき事項があれば記入してください。							

同意書

川崎市 長 あて

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出に伴い、次に掲げる事項の内容が申込書に記載した内容と相違している場合、川崎市が保有している、各事項について、入居申込書を提出した施設に提供することに同意します。

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. 介護保険被保険者番号 | 2. 氏名 |
| 3. 住所 | 4. 性別 |
| 5. 生年月日、年齢 | 6. 要介護度 |
| 7. 要介護認定・要支援認定の有効期間 | |
| 8. 介護保険サービス利用状況 | 9. 介護保険資格情報 |

平成 年 月 日

入居希望者

住所

氏名

印

同意書を必要とする理由

特別養護老人ホームへの入居申込書の提出後、記載された各項目について、変更、相違が生じた場合に、より正確な情報の把握を行うことにより、必要度に応じた入居判定の適正及び公平性、また円滑な入居判定の実施を図るために、川崎市から上記に示された各事項の範囲内において、入居申込書を提出した施設に対し情報提供を行うものです。

(ただし、川崎市在住の方のみの情報提供になります。)