

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			()	
	〒			-	
	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。

入居希望者本人	入居希望施設名			<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			<input type="checkbox"/> 1. 川崎市		
				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	〒				
	電話番号	()				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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) ※要介護1又は要介護2の方へ 様式3「要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート」の要件を満たさない方は、お申込の受付ができません。チェックシートをご確認いただき、要件を満たしていることを確認してください。 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 [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	<input type="checkbox"/> 1. なるべく早く入居したい <input type="checkbox"/> 2. いずれ入居したい 理由:					
待機場所	<input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3. 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 4. 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 5. その他 () ※2~5の場合 施設などの名 () ※2~5の場合 入居・入院利用年月日(平成 年 月 日)					
入居を希望する理由	あてはまるもの、ひとつだけ選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 介護するものがない。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 1. 「時々ある」が1項目以上 <input type="checkbox"/> 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

※この書類の作成に当たっては、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）に必ずご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																						
身体 の 状 況	食事 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー]																					
	排泄 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ]																					
	入浴 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 <input type="checkbox"/> 4 行っていない (清拭など)																					
	着脱衣 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助																					
	移動 <input type="checkbox"/> 1 自立 <input type="checkbox"/> 2 一部介助 <input type="checkbox"/> 3 全介助 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]																					
	視力 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 人の動きがわかる程度																					
	聴力 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 やや悪い <input type="checkbox"/> 3 大声が聞き取れる [補聴器 <input type="checkbox"/> 使用あり]																					
	言語 <input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 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>* 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) なお、症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。</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>治療期間</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	治療期間	既往症			年 月 ~	年頃			年 月 ~	年頃			年 月 ~	年頃					
病 名	医療機関	治療期間	既往症																			
		年 月 ~	年頃																			
		年 月 ~	年頃																			
		年 月 ~	年頃																			
医療的ケア の要否	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ストーマのケア</td> <td><input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア</td> <td><input type="checkbox"/> 気管切開のケア</td> <td><input type="checkbox"/> 点滴</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理</td> <td><input type="checkbox"/> インスリン注射</td> <td><input type="checkbox"/> 喀たん吸引</td> <td><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table> <p>※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間</p>	<input type="checkbox"/> ストーマのケア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア	<input type="checkbox"/> 気管切開のケア	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 喀たん吸引	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル	<input type="checkbox"/> その他()												
<input type="checkbox"/> ストーマのケア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア	<input type="checkbox"/> 気管切開のケア	<input type="checkbox"/> 点滴																			
<input type="checkbox"/> 胃ろう等による栄養管理	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 喀たん吸引	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル																			
<input type="checkbox"/> その他()																						

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
	1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
	2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
	3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
	4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
担当ケア マネジャー等	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。	<input type="checkbox"/> 1	訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (ホームヘルプサービス)					(月	回程度)
	<input type="checkbox"/> 2	訪問看護、居宅療養管理指導					(月	回程度)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 4	短期入所生活介護・療養介護 (ショートステイ)					(月	日程度)
	<input type="checkbox"/> 5	(看護)小規模多機能型居宅介護					通い (月	回程度)
							宿泊 (月	回程度)
							訪問 (月	回程度)
	<input type="checkbox"/> 6	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護					訪問 (月	回程度)
<input type="checkbox"/> 7	その他 ()							
<input type="checkbox"/> 8	利用していない 理由()							
他施設の 申込み状況	<input type="checkbox"/> 1	当該施設のみ申込む						
	<input type="checkbox"/> 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。							

要介護1又は要介護2の方の申込チェックシート

本人氏名 _____

◀要介護1又は要介護2の方へ▶

平成27年4月の介護保険制度改正により、「要介護1」「要介護2」の判定を受けている方については、一定の要件に該当しない場合には、特別養護老人ホームへの入居申込ができなくなりました。

入居申込を行う場合は、このチェックシートで申込が可能であるか確認をしていただく必要があります。

◆チェック項目①

入居希望者の要介護区分が「要介護1」又は「要介護2」と判定されている。

- はい ⇒チェック項目②に進んでください。
- いいえ ⇒チェックシートの作成は不要です。

◆チェック項目②

入居希望時期を教えてください。 なるべく早く入居したい⇒チェック項目③に進んでください

いずれ入居したい

⇒ 入居の必要性が高い状態の方から優先的に入居のご案内をしております。早期入居の必要性が低い段階でお申し込みをいただいた場合、その後に状態が悪化した場合などに正確な状態の把握が出来ず、優先順位が下がってしまう可能性があります。入居のご案内は申込順ではございませんので、具体的に入居の必要性が出てからの申し込みにご協力をお願いいたします。

◆チェック項目③

入居希望者本人が以下の項目に該当する場合は、チェックをつけてください。(複数可)

- (ア) 認知症(医師の診断あり)であり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (イ) 認知症の疑い(医師の診断なし)があり、表1のいずれかの症状が週1回以上の頻度で見られ、日常生活の継続が困難となっている。
- (ウ) 知的障害・精神障害を伴い、表2のいずれかに該当し、かつ、それらの障害が原因で日常生活の継続が困難となっている。
- (エ) 介護保険の利用限度額を超える介護サービスの利用が必要で、全額自己負担による介護サービスの利用が複数か月に渡って続いている。
- (オ) 介護者がいない、又は介護者が高齢・病弱である等により十分な支援が期待できず、かつ、やむを得ない理由により必要な介護サービスや生活支援を、十分に利用できない状態である。

表1

乱暴なふるまいを行う。
自分の体を傷つける。
火の不始末がある。
徘徊し迷子になったことがある。
興奮したり騒いだりする。
不潔な行為がある。
異食することがある。

表2

療育手帳の交付又は障害者更生相談所の判定を受けている。
精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。
精神障害を事由とする年金を受給している。
精神障害を事由とする特別障害給付金の給付を受けている。
自立支援医療受給者証(精神通院医療に限る)の交付を受けている。
医師の診断を受けている。

チェック項目③の(ア)～(オ)のいずれか1つ以上に該当する方は、特別養護老人ホームへの入居申込が可能です。このチェックシートは、添付資料として必要ですので、必ず入居申込書と一緒に提出してください。

「チェック項目③」の(ア)～(オ)の1つ以上に該当する はい

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。)