

(様式 1)

武蔵野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[ ]
---------	-------	------	-------------------------------------------------------------

受付日	年 月 日	担当者名	受付番号
-----	-------	------	------

施設長 殿

申請者 (連絡先)

住所	〒 _____			
(フリガナ) 氏名	( )	続柄	電話番号	( )

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。

入所申込者 (本人) の基本情報	(フリガナ) 氏名	( )	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			住民登録	市・区・町・村
	現住所	〒 _____ 電話 ( )		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 _____ (障害名) (判定 級 (度) 年 月 日)		
介護保険被保険者番号				
要介護認定と認定期間	要介護 3・4・5 ※ (要介護 1・2)	(認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		

入所申込者 (本人) の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入) 施設(病院)名 _____ 入所(院)日 _____ 年 月 日~ 住所 _____ 電話 ( )		
	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シ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"/> 著しい精神症状や周辺症状が見られ、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。 ( )		
	医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 ◆その他 ( )		
	現在の病気の病名	入院・通院履歴	期 間	
			年 月~	
			年 月~	
			年 月~	

家族や住居等の状況	主たる介護者	(フリガナ) ( )	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		氏名	生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒	住所 〒 _____ 電話 _____ ( ) _____	
	入所申込者(本人)との関係			
主たる介護者の状況	<p>◆下記の項目で該当するものにシ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。 ◆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。 ( )			
お住まいについて	今の住まいは ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ⇒ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 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			
介護をする上で住宅の問題点	<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 <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 ◆上記以外の問題点があればご記入ください。 ( )			
他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の武蔵野市介護老人福祉施設入所指針適用施設にも申し込んでいる。 ⇒ <input type="checkbox"/> 吉祥寺ナーシングホーム <input type="checkbox"/> ゆとりえ <input type="checkbox"/> 武蔵野館 <input type="checkbox"/> 親の家 <input type="checkbox"/> ケアコート武蔵野 <input type="checkbox"/> さくらえん <input type="checkbox"/> サンメール尚和 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> めぐみ園 <input type="checkbox"/> こもれびの郷 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 清快園 ◆上記以外の施設があればご記入ください。 ( )			
申込理由 特記すべき事項				

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 入所申込者(本人) の同意確認欄	私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介護認定情報の提供を受けること、②この申込書にある内容を必要に応じて武蔵野市や担当する介護支援専門員へ情報提供すること、③申込書にある内容について担当する介護支援専門員から情報を受けることに同意します。 _____ 年 月 日 氏名 _____ 印			

※要介護1又は2について、別紙様式4を添付してください。

施設長 殿

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

武蔵野市特別養護老人ホーム入所対象者（要介護1又は2）に伴う申請書

入所申込者（本人）	介護保険被保険者番号	要介護度及び認定有効期間			
		要介護度		認定有効期間	
		1	2	年 月 日～ 年 月 日まで	
入所要件（緊急度など特別な事由）					
□1. 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。					
□2. 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。					
□3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であることにより、在宅生活が困難な状態であること。					
□4. 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であることにより、在宅生活が困難な状態であること。					
【具体的な理由（エピソード等）】					

※入所判定対象者の選定要件については、裏面をご覧ください。

指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という。）については、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号）第 7 条に規定する「入退所」及び「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準の一部を改正する省令」（平成 14 年 8 月 7 日厚生労働省令第 104 号）に基づくものである。介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 21 項の改正と、それに伴う介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 条）の改正により、平成 27 年 4 月 1 日以降の施設への入所が原則要介護 3 以上の方に限定される一方で、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護 1 又 2 の方の特例的な施設への入所が認められることとなった。

## 1. 入所判定対象者の選定

- (1) 入所判定の対象となる者は、入所申込者のうち、要介護 3 から要介護 5 までの要介護者及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護 1 又は 2 の方の特例的な施設への入所が認められる者とする。
- (2) 特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮する。
  - ① 認知症である者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上）であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。
  - ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態であること。
  - ③ 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であることにより、在宅生活が困難な状態であること。
  - ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であることにより、在宅生活が困難な状態であること。

# 身体及び精神面の状況

記入者氏名： \_\_\_\_\_

氏名		生年月日	大・昭	年	月	日	( 歳)
◎主な疾病名と発病時期							
◎身障手帳	( 有 ・ 無 )	【身障害名 ( _____ )		程度	( _____ 種 _____ 級)	】	
◎その他手帳	( 有 ・ 無 )	【 _____ 】					

## 1. 身体及び日常生活動作の状況

(1) 身体状況		(2) 日常生活動作の状況			
身長	( _____ ) cm	食 事	①自立	②一部介助	③全介助
体重	( _____ ) kg	入 浴	①自立	②一部介助	③全介助
視 力	①普通 ②弱視 ③全盲	排 泄	①自立	②一部介助	③全介助
聴 力	①普通 ②やや難聴 ③難聴	移 動	歩行・歩行器(杖)・車椅子		
会 話	①普通 ②少し不自由 ③不自由		①自立	②一部介助	③全介助
皮膚状態	①良好 ②不良(部位: _____)	衣服の着脱	①自立	②一部介助	③全介助
※特記事項					

## 2. 精神面の状況

・認知症 ( 有 ・ 無 )	・その他精神障害等 ( 有 ・ 無 )
※程度や主な症状	

## 3. 日常生活における留意点

※日常生活において、困っていること、配慮が必要なことはありますか？

## 4. ご本人の入所後の意向や希望についてお聞かせください

リハビリについて	①積極的に希望する	②ある程度希望する	③希望しない
居室について	①個室を希望する	②多床室を希望する	③どちらでもよい
施設での看取りについて	①希望する	②希望しない	③今はわからない
※上記内容を含め、希望されることがあればご記入ください			