

(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
	現住所	〒 _____		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	住民登録	市・区・町・村
	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し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"/> rostoma (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) ( ) 氏名	性別 □男 □女	生年月日 年 月 日 年齢 ( 歳)
	同居の区分	□同居 □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> <p>□身寄りも介護者も全くいない。          □主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。          □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。          □主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。          □主たる介護者が就業している。          □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>		
お住まいについて	今の住まいは ⇒□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 その他 ⇒□立ち退きを迫られている □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 □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 □ゆとりえ □武蔵野館 □親の家 <input type="checkbox"/> ケアコート武蔵野 □さくらえん □サンメール尚和 <input type="checkbox"/> 緑寿園 □まりも園 □めぐみ園 □こもれびの郷 <input type="checkbox"/> 小松原園 □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。

# 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			