

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書

要介護1・2

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居）続柄（ ）	
申込書ご記入の方のお名前			<input type="checkbox"/> その他（ ）	
住 所	〒		電話	
			携帯	

ふりがな		性 別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
申込書ご本人のお名前							
介護保険被保険者番号	1	3	0	0			保険者 区・市・町・村
住 所	〒			この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等 名前（続柄） 電話		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2			認定有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> その他（ ）						
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（ ） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護している方について（施設入所や入院中の方は自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるもの <input type="checkbox"/> 高齢（ 歳） すべてをチェック <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） してください。 <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ 年 月 ～ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 種 級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外の介護者の状況について (_____)						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						

お住まいについて	今のお住まいは <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
介護する上で の住宅の問題 について	<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 <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について ()
ご本人の 心身の状況 について	<u>疾病・障害について</u> 疾病 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 病名 _____ 通院（有・無） 服薬（有・無） 障害者手帳 <input type="checkbox"/> ある 障害の内容 _____ 障害の程度 _____ 種 _____ 級 <input type="checkbox"/> ない <u>認知症等の問題行動</u> <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 異食 その他の問題行動の状況について () <u>医療的処置</u> <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"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射（ _____ 回/日） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・経腸・胃ろう） () <u>その他心身の状況で留意すること</u> ()
在宅サー ビスにつ いて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を変更した （具体的な内容 _____）
ケアプラン などにつ いて	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員名（ケアマネジャー）氏名 _____ 事業所名 _____ 電話 _____（ _____）
他施設の 申込状況 について	市内 <input type="checkbox"/> やすらぎの園 <input type="checkbox"/> 小川ホーム <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> 多摩済生園 <input type="checkbox"/> 小平健成苑 <input type="checkbox"/> さくらの杜 市外 <input type="checkbox"/> あゆみえん（青梅市） <input type="checkbox"/> 青梅天使園（青梅市） <input type="checkbox"/> 羽村園（羽村市） <input type="checkbox"/> 神明園（羽村市） <input type="checkbox"/> 羽生の里（日の出町） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
特記すべ き事項	

特例入所要件該当理由書 兼 情報提供同意確認書
 (「小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書」添付書類)

- 本書は、次の2点についてご記入いただくものです。
 - ① 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特例的な入所（特例入所）の要件に該当する理由
 - ② 施設の入所判定の際、必要に応じて、関係機関に情報の共有及び調査を行うことについての同意(裏面)

申込施設名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【記入者等】

ふりがな		本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居）
記入者氏名			<input type="checkbox"/> その他（ ）
連絡先	（ ）	記入者以外の方の連絡先	お名前（続柄） 電話（ ）

【入所申込者本人】

ふりがな		男・女	明	年	月	日生	満	歳	
本人氏名			昭						
住所	〒 -			連絡先	電話（ ）				
被保険者番号	1	3	0	0			保険者名	小平市	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		認定有効期間	年	月	日から	年	月	日まで
担当ケアマネジャー	有・無		事業所名	電話					
			ケアマネジャー名						

【特例入所の要件に該当する理由】

特例入所の要件（小平市介護老人福祉施設等入所指針より）

- 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が頻繁に見られること
- ② 知的障害・精神障害等があり、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が頻繁に見られること
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
- ④ 単身生活である、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

上記①～④の内、該当するもの全てに○を付けてください ① ② ③ ④

該当理由（具体的にご記入ください）

裏面の【情報提供に関する同意確認】欄も必ずご記入ください。

【情報提供に関する同意確認】

私は、下記の事項に同意します。

- 入所申込施設（以下施設）が、保険者から、申込者の要介護認定一次判定資料の提供を受けること
- 施設が、必要に応じて、入所申込書及び特例入所要件該当理由書にある内容を、保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャー等へ情報提供すること
- 施設が、特例入所要件該当の可否を判定するにあたり、保険者に意見を求めた場合に、保険者が必要に応じて申込者の認定審査会資料一式を参照し、又は申込者の現状を調査し、保険者の意見を施設に伝えること
- 保険者が施設に意見を伝える際に、認定審査会資料一式の必要箇所や現状調査の結果を施設に提供すること。

平成 年 月 日

氏名（入所申込者ご本人） _____ 印

（代筆者氏名 _____ ） 続柄（ _____ ）

* 特例入所要件該当の可否を判定するにあたり、施設が保険者に意見を求めるのは、必要に応じてであり、必ず意見を求めるわけではありません。

* 上記の場合、保険者の意見を参考にし、最終的に施設で特例入所要件該当の可否を判定します。

* 施設が特例入所の要件に該当すると判定した場合でも、**入所が保証されるものではありません**。入所の決定にあたっては、要介護3以上の方と同様に、「小平市介護老人福祉施設等入所指針」に基づく優先度評価等が行われます。

【情報提供に関する同意確認】

私は、下記の事項に同意します。

- 入所申込施設（以下施設）が、保険者から、申込者の要介護認定一次判定資料の提供を受けること
- 施設が、必要に応じて、入所申込書及び特例入所要件該当理由書にある内容を、保険者・地域包括支援センター・担当ケアマネジャー等へ情報提供すること
- 施設が、特例入所要件該当の可否を判定するにあたり、保険者に意見を求めた場合に、保険者が必要に応じて申込者の認定審査会資料一式を参照し、又は申込者の現状を調査し、保険者の意見を施設に伝えること
- 保険者が施設に意見を伝える際に、認定審査会資料一式の必要箇所や現状調査の結果を施設に提供すること。

平成27年3月17日

*印は必ず押して下さい

氏名（入所申込者ご本人） 小平 太郎 印

（代筆者氏名 小平 一郎） 続柄（ 長男 ）

*特例入所要件該当の可否を判定するにあたり、施設が保険者に意見を求めるのは、必要に応じてであり、必ず意見を求めるわけではありません。

*上記の場合、保険者の意見を参考にし、最終的には施設で特例入所要件該当の可否を判定します。

*施設が特例入所の要件に該当すると判定した場合でも、入所が保証されるものではありません。入所の決定にあたっては、要介護3以上の方と同様に、「小平市介護老人福祉施設等入所指針」に基づく優先度評価等が行われます。

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			