

< 要介護度1・2の方 >

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|----|----------|---------------|---------|----------------------|---------------|--|--------------------|--|--|--|------------------|----|----------|----------------------|----------|------------------------------------|--|--|---------|---------------------------------|--|--|------------------|--|---|----------------------|-------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---------|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|--------|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|
| 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 | | 要介護1・2の方専用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔新規申込・変更届〕※該当する欄に○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">特別養護老人ホーム</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">施設名あて</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">連絡おとび 連絡住所</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">申込日 年月日 有効期間 年月末日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">連絡者氏名 連絡住所</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">電話 () 携帯電話 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px; border-top: none;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ふりがな</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 15%;">生年 月日</td> <td style="width: 15%;">明・大・昭 年月日</td> </tr> <tr> <td>入所申込者氏名</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所申込者住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>介護保険料 要介護度(a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>生活保護受給の有無 □あり □なし</td> </tr> <tr> <td>区内居住歴(b)</td> <td colspan="3">申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である</td> </tr> <tr> <td>疾病等の状況</td> <td colspan="3">かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名</td> </tr> <tr> <td>医療等の必要性</td> <td colspan="3">感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の()</td> </tr> <tr> <td>問題行動の 有無</td> <td colspan="3">□ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の()</td> </tr> <tr> <td>介護サービスの 利用状況</td> <td colspan="3">①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前</td> </tr> <tr> <td>入所申込施設</td> <td colspan="3">申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | | 特別養護老人ホーム | | 施設名あて | 連絡おとび 連絡住所 | | 申込日 年月日 有効期間 年月末日 | 連絡者氏名 連絡住所 | | 電話 () 携帯電話 () | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ふりがな</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 15%;">生年 月日</td> <td style="width: 15%;">明・大・昭 年月日</td> </tr> <tr> <td>入所申込者氏名</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所申込者住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>介護保険料 要介護度(a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>生活保護受給の有無 □あり □なし</td> </tr> <tr> <td>区内居住歴(b)</td> <td colspan="3">申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である</td> </tr> <tr> <td>疾病等の状況</td> <td colspan="3">かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名</td> </tr> <tr> <td>医療等の必要性</td> <td colspan="3">感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の()</td> </tr> <tr> <td>問題行動の 有無</td> <td colspan="3">□ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の()</td> </tr> <tr> <td>介護サービスの 利用状況</td> <td colspan="3">①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前</td> </tr> <tr> <td>入所申込施設</td> <td colspan="3">申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。</td> </tr> </table> | | | ふりがな | 性別 | 生年 月日 | 明・大・昭 年月日 | 入所申込者氏名 | 男・女 | | | 入所申込者住所 | | | | 介護保険料 要介護度(a) | 1 | 2 | 生活保護受給の有無 □あり □なし | 区内居住歴(b) | 申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である | | | 疾病等の状況 | かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名 | | | 医療等の必要性 | 感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の() | | | 問題行動の 有無 | □ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の() | | | 介護サービスの 利用状況 | ①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前 | | | 入所申込施設 | 申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。 | | | ※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。 | | | | 重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。 | | | |
| 特別養護老人ホーム | | 施設名あて | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡おとび 連絡住所 | | 申込日 年月日 有効期間 年月末日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡者氏名 連絡住所 | | 電話 () 携帯電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ふりがな</td> <td style="width: 15%;">性別</td> <td style="width: 15%;">生年 月日</td> <td style="width: 15%;">明・大・昭 年月日</td> </tr> <tr> <td>入所申込者氏名</td> <td>男・女</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所申込者住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>介護保険料 要介護度(a)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>生活保護受給の有無 □あり □なし</td> </tr> <tr> <td>区内居住歴(b)</td> <td colspan="3">申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である</td> </tr> <tr> <td>疾病等の状況</td> <td colspan="3">かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名</td> </tr> <tr> <td>医療等の必要性</td> <td colspan="3">感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の()</td> </tr> <tr> <td>問題行動の 有無</td> <td colspan="3">□ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の()</td> </tr> <tr> <td>介護サービスの 利用状況</td> <td colspan="3">①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前</td> </tr> <tr> <td>入所申込施設</td> <td colspan="3">申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: small;">※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-small;">重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。</td> </tr> </table> | | | ふりがな | 性別 | 生年 月日 | 明・大・昭 年月日 | 入所申込者氏名 | 男・女 | | | 入所申込者住所 | | | | 介護保険料 要介護度(a) | 1 | 2 | 生活保護受給の有無 □あり □なし | 区内居住歴(b) | 申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である | | | 疾病等の状況 | かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名 | | | 医療等の必要性 | 感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の() | | | 問題行動の 有無 | □ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の() | | | 介護サービスの 利用状況 | ①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前 | | | 入所申込施設 | 申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。 | | | ※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。 | | | | 重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | 性別 | 生年 月日 | 明・大・昭 年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込者氏名 | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険料 要介護度(a) | 1 | 2 | 生活保護受給の有無 □あり □なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区内居住歴(b) | 申込日で勤務区域となって □5年以上である □5年内離職である | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病等の状況 | かがやく式 医療機関名 入院先の 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療等の必要性 | 感染症 □ある() □ない 医療的行為 □ペルーン・人工肛門・在宅透析・イレシジョン注射・ 人工透析・経管栄養(胃ろう・経鼻)・床ずれ 人院引取・その他の() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問題行動の 有無 | □ある □なし □異食行動 □徘徊 □不潔行為 □暴言 □暴力行為 △△△ □如食 □妄想 □妄想 □昼夜逆転 □介護への抵抗 △△△ □口の不始発 □その他の() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護サービスの 利用状況 | ①専門介護事業所名 ②専門介護事業者名 ③専門介護事業者の名前 ④専門介護事業者の名前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所申込施設 | 申し込む施設全てに ○をつけてください。 順位はつけられ ません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※勤務区域となってから3ヶ月以上勤務した方のみお申込みいただけます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重複して記入する場合は、必ず「□」を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申込は施設提出日、有効期間は2年となります。
連絡者氏名の方に点数郵送や状況の確認のご連絡を致します。
※有効期間が近くなつた際のご連絡は行っておりません。
※変更届の際は再度、ご記入頂き、以前ご提出された施設にお届けをお願い致します。その際、前回お出しになられた時期、点数のお伝えをお願い致します。

お分かりになる範囲でのご記載をお願い致します。

ご希望される施設に○の記載をお願い致します。

※順位をつける事は出来ません。
○をつけて頂いた施設をご提出をお願い致します。ご提出頂いた施設より他に○をされた施設に共有をさせて頂きます。
○をつけられた施設全てにご提出の必要はございません。

| | |
|--|--|
| 現在、病院・施設等に入院・入所されている方は、在宅に暮らしの際の状況についてお答えください。 | |
| (c) 在宅での生活状況 | |
| <input type="checkbox"/> □同居者がいない。 <input type="checkbox"/> □同居者がいる。 | |
| (d) 介護者の状況 | |
| <input type="checkbox"/> □(d) 介護者がいるときに一緒に暮らす方(お隣さん等)である。 | |
| (e) 主な介護者の氏名() | |
| 【在宅で介護を受けている方】主に介護をしていてお答えください。 | |
| (f) 入院・入所されている方 | |
| 在宅に暮らしの際、主に介護をする方にについてお答えください。 | |
| あてはまる項目を全く述べます。 | |
| (g) お住まいの状況 | |
| (h) 合計 | |
| ※この入所申込書兼調査書の有効期間は申込日から2年後の翌1月までです。引き継ぎ入所を希望される方の場合は、最初の有効期間を超過して2年以内に再提出して下さい。 ・介護種別や住所、介護者や住まいの状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、入所申込書兼調査書を再提出してください。 ・他の医療・入院の入院やお亡くなりになった場合は、申し込みを取消される場合は、申込んだ施設へ連絡ください。 | |
| 私は、この入所申込書兼調査書の有効期間は申込日から2年後の翌1月までです。引き継ぎ入所を希望される方の場合は、最初の有効期間を超過して2年以内に再提出して下さい。 ・介護種別や住所、介護者や住まいの状況など、今回記入した内容と状況が変わった場合は、入所申込書兼調査書を再提出してください。 ・他の医療・入院の入院やお亡くなりになった場合は、申し込みを取消される場合は、申込んだ施設へ連絡ください。 | |
| 私は、この入所申込書兼調査書に記載された個人情報を入所を申し込みである全ての施設に提供することに同意します。また、同様に国、東京都、高齢者介護保険課、高齢者支援課、高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)及び入所申込者が契約している居宅介護支援事業所並びに入所申込者の介護保険の保険者に提供することに同意します。 | |
| なお、高齢者介護保険課が要介護認定の結果等の情報を施設に提供することに同意します。 | |
| 年月日 本人氏名 (印) | |
| ※この入所申込書兼調査書の記載内容に誤りがあった場合は、入所申込書兼調査書を再提出していただけます。 | |

該当する項目にチェックをお願い致します。

※(d) (e)欄につきまして該当する項目が複数チェックがあつた際、その中で1番高い点数の項目のみが加点となります。チェック項目が全て加点される分けではありません。
※現在、入院・入所している方は退院・退所後の状況の記入をお願い致します。

「住居や施設から立ち退きが迫られている」項目につきまして申込日から概ね3ヶ月以内の期間が該当となります。

※未定や4ヶ月以上先の日程、次の施設が決まり次第の場合は該当致しません。

「入院・入所中であるが戻る家がない」項目につきまして元々、お住まいであった自宅を処分され、退院・退所後に戻る家がない方が該当となります。

※サービス付高齢者向け賃貸住宅や住宅型有料老人ホームは家とみなされます。

※家の賃貸借の更新が出来ない、親族宅に住民票のみ置いてあり同居の実態がない場合は該当となります。
その際、自由記入欄に状況の記載をお願い致します。

日付は施設提出日となります。
本人氏名につきまして、代筆可となっております。

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 要介護1・2の方専用

| | | |
|---|--|------------|
| 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 | | 要介護1・2の方専用 |
| (1)特別養護老人ホームに入所できる方は、原則要介護3以上の方に限定されています。 (2)要介護1又は2の方の場合、次の要件に当てはまる方のみ、申込みができます。 注:本用紙は、申込の対象者とするかどうかを確認するためのものです。次の要件に当てはまることをもって、 <u>入所が決定されるものではありません。</u> | | |
| <p>□認知症であって、日常生活に支障を來すような症状・行動や意思疎通の困難さがひんぱんに見られる。</p> <p>□知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を來すような症状・行動や意思疎通の困難さ等がひんぱんに見られる。</p> <p>□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。</p> <p>□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。</p> | | |
| 当てはまる項目にチェック | | |
| チェックをつけた項目について、具体的な状況を記載して下さい。(16行) | | |
| 注:記載内容の確認のためにお住まい等に伺わせていただくことがあります。 | | |
| 連絡者氏名 _____ 入所申込者との関係() 〒 _____ 電話番号 _____ 携帯電話 _____ | | |

特別養護老人ホームの入所対象は原則要介護度3以上の方となります、要介護度1・2の方の場合、左記の専用用紙の要件に当てはまる方のみ申し込みが可能となっております。

※要介護度1・2の方に関しましては専用の左記調査書も必ずご提出ください。

該当項目にチェックをお願い致します。
※項目に当てはまらない際には申込は出来ません。

チェック項目について具体的な状況をご記載ください。
※申込の対象者かどうかを確認するものである為、要件に当てはまる事をもって入所が決定されるものではありません。

○お預かり致しました申込書につきましては、毎月第4木曜日に開催されます
葛飾区入所調整委員会に提出をさせて頂きます。

※開催日が祝日の際には日程が変更となる場合がございます。

入所調整委員会に提出後、葛飾区にて確認を行われ点数が確定致します。

点数確定後、申込書をご提出された施設より点数の結果を郵送させて頂きます。

※優先待機点数は13点以上となります。(16点満点)

※概ね点数の確定は翌月中旬頃となります。

※点数の結果通知のみとなりますので、何番目のお知らせはございません。

点数確定後は、ご希望された施設からの連絡をお待ち下さい。