

(様式第1号)

小金井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[]
---------	-------	------	---

ホーム 使用欄	受付日	年 月 日	担当者	受付番号
------------	-----	-------	-----	------

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、入所申込書兼調査票を提出します。

施設長 様

申込者 (記入した者) について

住 所	〒 _____			
(フリガナ) 氏 名	(_____)	続柄	電話	(自 宅) (勤務先) (携 帯)

入所希望者本人について

入所希望者本人の 基本情報	(フリガナ) 氏名	(_____)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
			生年月日	明・大・昭 _____ 年 月 日 (_____ 歳)				
	住 所	〒 _____						
		電話 (_____)						
	介護保険被保険者番号 (10桁)	_____						
要介護認定 と認定期間	要介護度 [_____]	(認定期間) _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日						
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 _____ 級・度) (障害名 交付日 _____ 年 月 日)							
入所希望者本人の 状況	現在利用している施設 サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所・入院している。⇒下欄にも記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>病院名・入所施設名 (所在地)</td> <td>期 間</td> </tr> <tr> <td>(_____ 市区町村)</td> <td>年 月 日頃~</td> </tr> </table>			病院名・入所施設名 (所在地)	期 間	(_____ 市区町村)	年 月 日頃~
	病院名・入所施設名 (所在地)	期 間						
	(_____ 市区町村)	年 月 日頃~						
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レ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"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、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。 (_____)							
現在受けている医療的 な処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 _____ 回) ◆その他(感染症等) _____							
	中 現 の 在 病 治 気 療	病 名	飲んでる薬	期 間				
				年 月~				
				年 月~				
				年 月~				

家族や住居等の状況	(ふりがな) () 氏名 生年月日 (年齢) 年 月 日 (歳)
	主に介護している者について 同居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒右欄にも記入 住所 〒 _____ 電話 (自宅) (勤務先) (携帯)
	入所希望者との関係 (具体的に) _____
	主に介護している者の状況 ◆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)。 <input type="checkbox"/> 2親等以内 (配偶者・子・孫・兄弟姉妹・親・祖父母) の身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が遠方に住んでいる (移動に2時間以上かかり、往復と介護に一日を要する) または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が70歳以上の高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が未就学児の育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が週20時間以上の就業をしている。 <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。 [_____]
	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 ⇒下欄にもご記入下さい。 自宅以外の場合は 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
介護をする上での住宅の問題点 <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。 [_____]	
他施設への申込状況 <input type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他に小金井市関連の介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に申し込んでいる。 (該当施設にマルをご記入ください) 桜町聖ヨハネホーム ・ つきみの園 ・ ぬく井の杜 ・ 本町けやきの杜 緑寿園 ・ 清雅苑 ・ ひのでホーム ・ 麦久保園 <input type="checkbox"/> その他に市外の介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) に申し込んでいる。 ⇒	
その他特別な事情等	
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、入所希望者本人同意の確認欄	私は、入所申込みをした施設の長が、小金井市から私の「介護認定情報 (主治医意見書を除く) の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、市に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた市が、必要に応じ、介護保険事業所等への情報収集を行うことについても同意します。 年 月 日 本人署名 _____ 代筆者 (続柄 _____) 署名 _____
------------------------	---

(様式第1号)

小金井市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票 (標準様式)

記入例

申込日・届出日	令和●●年●月●日	申込区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> その他[再申込み]
---------	-----------	------	---

ホーム 使用欄	受付日	年 月 日	担当者	受付番号
------------	-----	-------	-----	------

☆貴介護老人福祉施設に入所を希望するので、入所申込書兼調査票を提出します。

施設長 様

←複数の施設に申込むときは、空欄のまま他の全項目を記入してから、コピー後施設名を記入。

申込者 (記入した者) について

住所	〒160-0023 東京都新宿区西新宿×-×-× ●▲◆マンション80×				
(フリガナ) 氏名	(コガネイ ジロウ) 小金井 次郎	続柄	長男	電話	(自宅) 03-5321-xxxx (勤務先) 03-1235-xxxx (携帯) 090-5321-xxxx

入所希望者本人について

入所希望者本人の 基本情報	(フリガナ) 氏名	(コガネイ ハナコ) 小金井 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	住所	〒184-0004 小金井市 本町 ×-×-× 電話 042 (383) xxxxx		
	介護保険被保険者番号 (10桁)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	要介護認定 と認定期間	要介護度 [4]	(認定期間) ●●年 4月 ×日 ~ ●●年 3月 ×日	
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有⇒手帳の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 3級・度) (障害名 脳梗塞後遺症による右半身まひ 交付日 令和●●年 4月 ×日)		

入所希望者本人の 状況	現在利用している施設サービス等	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関等に入所 病院名・入所		
	認知症・精神の状況	◆下記の項目で、いずれか <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有する <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 checked="" 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"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、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。 物取られ妄想が激しい。昼夜が逆転している。		
	現在受けている医療的な処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・経腸・胃ろう・食道ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析(週 回) ◆その他(感染症等)		

中の 現在 治療 病気	病名	飲んでいる薬	期間
	高血圧症	〇〇〇〇	R〇年3月~ 年 月~ 年 月~

自宅で生活しながら居宅サービスを利用されている方は、「直近1カ月のサービス利用票」と「別票」の写しを申込先施設に提出する必要があります。お手元がない場合は担当ケアマネジャーから取り寄せてください。

家族や住居等の状況	主に介護している者について	(ふりがな) (コガネイ ジロウ) 氏名 小金井 次郎	生年月日 (年齢) 日 昭和●●年 7月 ××日 (5● 歳)
	施設入所や長期入院等で「主に介護している者」 がない場合は、病院入院の手続きや面会等、要介護者に係る諸手続きを行っている方の状況をご記入ください。	同居の区 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 ⇒右欄にも記入	住所 〒 160 - 0023 東京都新宿区西新宿×-×-× ●▲◆マンション80× 電話 (自宅) 03-5321-XXXX (勤務先) 03-1235-XXXX 090-5321-XXXX
) 長 男	
		チェックをお願いします(複数回答可)。 兄弟姉妹・親・祖父母)の身寄りも介護者も全くい (移動に2時間以上かかり、往復と介護に一日を要	
	主に介護している者の状況	する)または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 主な介護者が70歳以上の高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input checked="" type="checkbox"/> 主な介護者が未就学児の育児中または複数の被介護者がいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 主な介護者が週20時間以上の就業をしている。 <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。 ()	
住まいについて	今の住まいは ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ⇒下欄にもご記入下さい。 自宅以外の場合は 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 checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい		
介護をする上での住宅の問題点	<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 checked="" 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。 ()		
他施設への申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる。 <input checked="" type="checkbox"/> 他に小金井市関連の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいる。 (該当施設にマルをご記入ください) 桜町聖ヨハネホーム ・ つきみの園 緑寿園 ・ 清雅苑 ・ ひのでホーム <input type="checkbox"/> その他に市外の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に申し込んでいます ⇒		
その他特別な事情等	長期入院等で、申込み時間わっているケアマネジャーがいない場合は、記入不要です。		
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、入所希望者本人同意の確認欄	私は、入所申込みをした施設の長が、小金井市から私の「介護認定情報(主治医意見書を除く)の写し」等、入所に係る必要な情報の提供を受け、市に対しても情報提供を行うことに同意します。また、情報提供を求められた市が、必要に応じ、介護保険事業所等への情報収集を行うことについても同意します。	
	令和●●年 10月 ×日 本人署名 小金井 花子 代筆者(続柄 長 男)署名 小金井 次郎	捺印は不要です。本人署名が難しい場合は、必ず代筆者署名をお願いします。