

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申請書(変更届)

平成 年 月 日

※(有効期限・上記申し込み受付日から1年間)

暖心苑 施設長様

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更  
になった場合は、必ずお届け下さい。

担当印

入所希望者(本人)

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 -			
電話	( )			
保険者	※市区町村を記入		保険者番号	
被保険者番号			要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	←※更新・変更時に記入		
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入下さい。				
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院(病院名) 年 月 日 入院 <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設(施設名) 年 月 日 入所 <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設(施設名) 年 月 日 入院 <input type="checkbox"/> 5. その他(具体的に) 年 月 日 入所			

申請代理人(申し込みが本人でない場合は、下の欄にご記入下さい)

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )		※昼間、連絡が取れる所をご記入下さい

申請代理人以外の方の連絡先(申請代理人以外の方への連絡が可能な場合は、下の欄にご記入下さい)

フリガナ		入所希望者 との続柄	
氏名			
住所	〒 -		
電話	自宅 ( )	携帯 ( )	
	勤務先 ( )		※昼間、連絡が取れる所をご記入下さい

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	( )
------	--	----	--	----	-----

※他施設申し込み 有・無 施設案内の実施 有・無

※該当する所に記入・✓印を付けて下さい。

入所希望者の状況	身長	cm	体重	kg	
	障害	身体障害者手帳( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 種 級 障害名		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 級)	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 → <input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可 (備考) ※転倒歴などもご記入下さい			
	基本動作	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 分からない		
		立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 分からない		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 有 (備考) トイレの使用(有・無)、尿意や便意(有・無)			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> その他( ) 副食) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他( ) (備考) 水分トロミ(有・無)、ムセ込み(有・無) 摂取量( 全量・1/2量・ほとんど摂取していない)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考)			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考)			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (備考)				
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない (備考)				
言葉	<input type="checkbox"/> 意志疎通可 → <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由    <input type="checkbox"/> 意志疎通不可 (備考)				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型(ピック病など) <input type="checkbox"/> その他( )				
行動・心理 症状	<input type="checkbox"/> 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である				

※該当する所に記入・✓印を付けて下さい。

入所希望者の状況	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 )
	既往歴・病歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病( <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 服薬のみ <input type="checkbox"/> 治療していない <input type="checkbox"/> 食事療法) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ※糖尿病、高血圧以外の既往歴や病歴をご記入下さい
	医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気( ) 病院名
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎(   型) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他( )
	入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他( )
	福祉サービスの利用状況(今までの経緯を含む)	
備考		

※介護者がいない・別居・同居の中から1つ選び、✓印を付けて下さい。

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が別居	□1週間に3回以上通って介護している(1週間に_____回) ※主に介護している方について記入して下さい		
		氏名		入所希望者との続柄
		住所		
	<input type="checkbox"/> 介護者が同居	□介護を手伝っている人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 続柄 _____ 介護の状況 _____)		
		※主に介護している方について記入して下さい		
		氏名		入所希望者との続柄
		生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
	<input type="checkbox"/> 介護者が同居	□要介護認定を受けている □要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5		
		□身体障害者手帳を持っている ( 種 級 障害名 _____ )		
□愛の手帳を持っている ( 度 )				
□精神障害者保健福祉手帳を持っている ( 級 障害名 _____ )				
□病気で通院している (病名 _____ 通院状況 _____ 週に _____ 回 )				
□就労している □8時間以上 □4～8時間 □不規則(具体的に _____ )				
□介護を手伝っている人はいない □他に介護をしている人がいる (氏名 _____ 続柄 _____ 介護の状況 _____)				
申請の理由				

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない <input type="checkbox"/> 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない <input type="checkbox"/> 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人が動かないようにしぼりつけるなど、抑制することがある
--------	---

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。  
 また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為に、この申請書にある内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター(熟年相談室)・担当ケアマネジャーへ提供することを同意します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_

※1部コピーをとって保管してください。

代理人氏名 \_\_\_\_\_  
 本人との続柄( \_\_\_\_\_ )