

(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	連絡先	自宅	- -
				携帯	- -

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											
			住民登録	市・区・町・村											
	現 住 所	〒 _____													
		電話 (_____)													
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)													
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) <table border="1"> <tr> <td>施設 (病院) 名</td> <td>入所(院)日 年 月 日~</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話 (_____)</td> </tr> </table>			施設 (病院) 名	入所(院)日 年 月 日~	住所	電話 (_____)							
	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"/> ストマ (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 (_____) <table border="1"> <thead> <tr> <th>現在の病気の病名</th> <th>入院・通院履歴</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月~</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月~</td> </tr> </tbody> </table>			現在の病気の病名	入院・通院履歴	期 間			年 月~			年 月~			年 月~
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) ()	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		氏名	生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 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レ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており、なおかつ育児中もしくは複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/> 上記のどれにもあてはまらない。			
	<p>この申請書の入所申込者(要介護3以上)に対する在宅での介護期間又は年数 年 月 ~ 年 月 () 年間</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。 <input type="checkbox"/>この申請書の入所申込者に対する在宅での介護期間のエピソード等 ()</p>				
主たる介護者の住宅状況(同居の場合)	<p>今の住まいは ⇒ <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 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</p>				
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"/> 入所申込者(本人)の部屋がない <input type="checkbox"/> 入所申込者(本人)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"/> 当該施設のみ申込みしている。 <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込みしている。 ⇒ <input type="checkbox"/> 吉祥寺ナーシングホーム <input type="checkbox"/> ゆとりえ <input type="checkbox"/> 武蔵野館 <input type="checkbox"/> 親の家 <input type="checkbox"/> ケアコート武蔵野 <input type="checkbox"/> さくらえん <input type="checkbox"/> とらいつ武蔵野 <input type="checkbox"/> めぐみ園 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> こもれびの郷 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 新清快園 ◆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	<p>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。</p> <p>年 月 日 氏名 _____</p>
---------------------------------	--

※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。