

入 所 申 込 書

記入年月日 年 月 日

1. 基本情報

ふりがな お名前		明治・大正・昭和 年 月 日 歳	男 ・ 女
ご住所	〒 Tel. — —		
緊急連絡先 (身元引受人)	お名前 (続柄) ご住所 〒 Tel. — — 携帯 — —		
特記事項 ご本人・ご家族の 持つ問題、ご希望 があれば、ご記入 ください			

2. 保険証・年金等

	種 類	区市町村名	記号番号等
健康保険等			
介護保険 被保険者証	区市町村名： 区・市・町・村 (保険者番号) 被保険者番号： 要介護度： (特例入所) 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定年月日：令和 年 月 日 有効期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
負担限度額 認定証区分	第1段階・第2段階・第3段階 第4段階・なし・未申請	そ の 他 (障害者手帳等)	身体障害者手帳 愛の手帳
負担割合証	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割		あり・なし
年金・恩給等	年 金 の 種 類	年 金 番 号 (年金額)	
		(¥ 円/月)	
		(¥ 円/月)	

3. 本人情報 (わかる範囲でご記入ください)

現在居る場所	自宅・病院・その他 (○をつけ、現在の状況をお書きください)			
身体状況 (記入とあてはまるものに○をつけてください)				
身長・体重	cm kg 【測定日：平成 年 月 日】			
視力	普通に見える・大きな字なら見える・物の形がぼんやり見える・全く見えない			
聴力	普通に聞こえる・大声なら聞こえる・耳元でなら聞こえる・全く聞こえない			
言葉	普通に話せる・やや舌がもつれる・やっとな話せる・全く話せない			
使用用具	(視力-眼鏡・コンタクト 聴力-補聴器 言葉-コミュニケーションボード)			
褥瘡	無し・有り (部位)			
麻痺・拘縮	無し・有り (部位)			
日常生活活動状況 (あてはまるものに○をつけてください)				
歩行	普通に歩ける・杖や歩行器を使えば歩ける・手を貸せば歩ける・車椅子を使う			
排泄	普通にできる・簡易便所のできる・夜のみオムツを使う・常時オムツを使う			
食事	自分で食べられる・食器をわたせば食べられる・自分では食べられない			
食事内容	主食 - ご飯・お粥 副食 - 普通・細かくする (入れ歯の有・無 上・下)			
使用用具	(歩行-杖、シルバーカー、歩行器、車椅子 食事-スプーン・フォーク・自助具)			
入浴	自分で入れる・体の洗えない部分だけ手伝う・全く入れない			
着脱衣	自分でできる・多少の手伝いで着替えができる・全くできない			
持物整理	自分でできる・多少の手伝いで可能・全くできない			
行動範囲	自由に外出できる・建物の中では動ける・居室の中では動ける・寝たきり			
寝返り	自分でできる・多少の介助にて可能・全くできない			
立位保持	自分でできる・多少の介助にて可能・全くできない			
座位保持	自分でできる・多少の介助にて可能・全くできない			
精神・行動障害 (あてはまる番号に一つだけ○をつけてください)				
7.物を盗られたなどと被害的になることが (被害的な行動含む)		1	2	3
イ.事実とは異なる話しをする・自分の都合のいいように話す事が		1	2	3
ウ.そぐわぬい場面で泣いたり、怒ったりなど感情が不安定になる事が		1	2	3
エ.昼夜の逆転 (夜に何度も目覚め、疲労等で日中活動ができない) が		1	2	3
オ.しつこく同じ話しをする事が		1	2	3
カ.大声をだす事が		1	2	3
キ.介護に抵抗する事が		1	2	3
ク.家に帰る等と言い、落ち着きがない事が		1	2	3
ケ.一人で外に出たがり、目が離せない事が		1	2	3
コ.いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる事が		1	2	3
ク.物を壊したり、衣類を破いたりする事が		1	2	3
シ.ひどい物忘れが		1	2	3
ス.意味もなく独り言や独り笑いをする事が		1	2	3
セ.自分勝手に行動する事が		1	2	3
ソ.話がまとまらず会話にならない (成立しない) 事が		1	2	3
出生地・学校・仕事・結婚・家族・趣味・嗜好等の状況 (生い立ち、本人の状況等をお書きください)				
生活歴				
家族状況 (兄弟・子供・親族の中で主にお世話している人をお書きください) *基本情報での身元引受人以外				
氏名	続柄	住所	TEL	備考

4. 特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

東京都内の特別養護老人ホームへ入所申込をされた方に、申込書兼調査書をご記入頂いております。下記申込書兼調査書の内容をもとに、入所して頂く優先度を決めております。ご協力をお願いします。

お名前(申込者)		お名前(記入者)	
要介護度	(特例入所) 1 2 3 4 5		
申し込み理由 (該当する全て選択)	<input type="checkbox"/> 家の立ち退きにあつている <input type="checkbox"/> 病院、他施設を利用しているが、退院を(退去)を求められている <input type="checkbox"/> 在宅生活が困難になった <input type="checkbox"/> その他()		
本人の状況 (該当する全て選択)	<input type="checkbox"/> 本人が病気である(病名) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 収集行為 <input type="checkbox"/> その他()		
介護者の状況 (該当する全て選択)	介護者が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 配偶者が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない (<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別) 子供が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で通院・入院中 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> それ以外()		
医療処置として (該当する全て選択)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()		

現在の居場所	現在の居場所は <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"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他()		
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 相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 _____ 連絡先(事業所名) _____ Tel _____		
在宅サービスに ついて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> 増やしたい <input type="checkbox"/> 改善したい		

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、この申込書にある内容を保険者・居宅介護支援事業所・指定する介護支援専門員へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)

健康診断書

氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所			
身長	c m	体重	k g
現在の病名経過 及び治療の概要			
既往歴			
呼吸器系	結核関係	胸部X線所見 撮影日 年 月 日 異常なし 異常あり 要医療 要注意	
	その他		
循環器系	血圧		
	心電図		
消化器系			
感染症	HBs抗原 () HBs抗体 () HCV抗体 ()		
臨床検査	血清アルブミン (g/dl)	ヘモグロビン (mg/dl)	
	血糖値 (mg/dl)	総コレステロール (mg/dl)	
	クレアチニン (mg/dl)	BUN (mg/dl)	
皮膚疾患	なし・あり (病名)		
検尿	MRSA () 糖 () 潜血 () 蛋白 () ウレリノーゲン ()		
検便	MRSA () 赤痢菌 () 虫卵 ()		
視力	右 左	聴力	右 左
精神障害	老人性痴呆 (認知症) なし・あり (年 月 頃より)		
	1 脳血管性痴呆 (認知症) 2 アルツハイマー型痴呆 (認知症) 3 その他		
その他 特記事項	現在の処方		
令和 年 月 日			
医療機関		住所 名称 電話番号 医師名	印