

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書 (新規 変更)

貴施設への入所を希望するので、介護保険被保険者証の写しを添えて、入所申込書兼調査書を提出します。

特別養護老人ホーム

にしとうきょう苑 施設長様

申込者について

申込日 令和 元 年 1 月 P 日

R5.4

申込書記入者	氏名	保谷 花子	本人との関係	長女	電話	(042) 464-1311
--------	----	-------	--------	----	----	---------------------

入所希望者について

ふりがな	にしとうきょう たろう	<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	昭和8年 7月 4日	満85歳
氏名	西東京 太郎	<input type="checkbox"/> 女			

住所	西東京市 南町5-6-13 西東京アパート202号	電話	042-439-9837
----	---------------------------	----	--------------

被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 1	要介護度	1 2 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 5
--------	---------------------	------	---

障害者手帳 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有)	手帳の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳)	級 (<input checked="" type="checkbox"/> 2級)
--	---	--

同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方のご年齢 79 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる (本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者がいる
----------	--

主に介護している方について	介護する方は <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input checked="" type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input checked="" type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中
---------------	---

主たる介護者 (いる場合)	氏名	西東京 京子	本人との関係	妻	電話	(042) 439-9837
	住所	西東京市南町5-6-13 西東京アパート202号				

主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input checked="" type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある (具体的に 認知症で右半身に麻痺がある体の大きな夫を介護する事)
-------------------	--

介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方
-------------	--

お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 () 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
----------	---

介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい <input checked="" 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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (具体的に 賃貸住宅で住宅改修ができず、移動や入浴など介護が困難。)
------------------	--

その他本人に該当するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input checked="" type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に 幻聴・幻覚がある) <input checked="" type="checkbox"/> 医療器具を使ったり、医療的な管理が必要 (具体的に 糖尿病の為、インシュリン注射) <input checked="" type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名 認知症・脳梗塞・糖尿病) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームを入院により退所となった <input checked="" type="checkbox"/> 認定審査会の意見で、施設入所を勧められている
--------------	--

賃貸のお住まいでも自宅としてください

該当項目複数チェック可

該当項目複数チェック可

身

介

住

身

入所を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input checked="" type="checkbox"/> 家族が希望している (具体的に生活面では全介助。現在の住宅での生活は困難。妻以外の家族も他に介護の必要な家族がおり、自宅に引き取り介護にあたることは困難。認知症状が進み 妻の精神的なストレスが限界にきている。) 他
---------------	--

現在受けている介護や治療の様子について

現在の療養場所について * 自宅にいる方は未記入	<input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" 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"/> ケアハウス <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()
	施設の名称 施設入所・入院開始日 介護老人保健施設 多摩にしとうきょう 平成30年 6月 1日頃

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 checked="" type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネジャーは <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない	担当ケアマネジャーがいる方は、氏名・事業所名・事業所TELをご記入下さい。 サービスの使い方をどのように改善したいかを具体的に記入下さい。
	ケアマネジャーの氏名 事業所名 電 話 ()	
	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"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい (具体的に) <input type="checkbox"/> 費用のことで困っている	

在宅サービスについて	<input type="checkbox"/> この施設にだけ申し込んでいる <input checked="" type="checkbox"/> 他に西東京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 (該当に施設に☑をご記入ください) <input type="checkbox"/> グリーンロード <input checked="" type="checkbox"/> クレイン <input type="checkbox"/> 健光園 <input type="checkbox"/> フローラ田無 <input checked="" type="checkbox"/> 保谷苑 <input type="checkbox"/> めぐみ園 <input checked="" type="checkbox"/> 福寿園ひばりが丘 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 第二喜久松苑 <input type="checkbox"/> シャローム東久留米 <input type="checkbox"/> あゆみえん <input checked="" type="checkbox"/> その他、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。 施設名称等 (多摩にしとうきょう苑 あきるの市)
------------	---

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 checked="" type="checkbox"/> 他に西東京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 (該当に施設に☑をご記入ください) <input type="checkbox"/> グリーンロード <input checked="" type="checkbox"/> クレイン <input type="checkbox"/> 健光園 <input type="checkbox"/> フローラ田無 <input checked="" type="checkbox"/> 保谷苑 <input type="checkbox"/> めぐみ園 <input checked="" type="checkbox"/> 福寿園ひばりが丘 <input type="checkbox"/> 緑寿園 <input type="checkbox"/> 小松原園 <input type="checkbox"/> 第二喜久松苑 <input type="checkbox"/> シャローム東久留米 <input type="checkbox"/> あゆみえん <input checked="" type="checkbox"/> その他、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。 施設名称等 (多摩にしとうきょう苑 あきるの市)
-----------	---

その他特記すべき事項	本人・妻ともに収入が無く、家族が費用的な援助をしている。家族も高額な援助は難しいため、現在の老人保健施設の費用を工面する事も困難になってきている。 計
------------	--

* 変更の届出について… 要介護度や状態等が変わった場合は、本申込書を再度提出願います。

* 私は、以下の2点について同意します。

情報提供に関する入所希望者本人同意欄	1. 私は、施設長が、この申込書の内容を保険者(西東京市)、地域包括支援センター及び指定するケアマネジャーに提供することに同意します。 2. 私は、施設長が、保険者等に入所に係る必要な情報を求め、保険者等が施設長に必要な情報を提供することに同意します。 令和元年 5月 1日 本人署名 <u>西東京 太郎</u> 代筆者(続柄 <u>長女</u>) 署名 <u>保谷 花子</u>
--------------------	--

※ 今回の申し込みを行った後、他の特別養護老人ホームの入所が決まった場合は、今回の申し込みは取り下げられたものとみなします。本施設への入所を希望される場合は、お手数ですが、再度申し込み手続きを行ってください。