

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

平成 年 月 日

*（有効期間・上記申込受付日から1年間）

江戸川光照苑施設長 様

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		保険者番号	
被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5
介護認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 (病院名) <input type="checkbox"/> 3. 介護老人保健施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 4. 介護療養型医療施設 (施設名) <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に)		

申込代理者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

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

連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

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

担当ケアマネジャー

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

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

入 所 希 望 者 の 状 況	身長	c m
	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
	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"/> 車椅子使用
	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
	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
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (箇所)
	問題行動	<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"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 介護に対し拒否的である
	医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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"/> その他 () <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気 ()
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
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 ()	

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない（単身または要介護者のみの世帯で、日常的に介護に携わる人がいない場合）				
	別居	<input type="checkbox"/> 介護者が別居している（2世帯住宅・同一敷地内は同居と見なします） <input type="checkbox"/> 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ください			
		氏名		入所希望者との続柄	
		住所			
	<input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）				
	同居	<input type="checkbox"/> 介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください			
		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"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を持っている （ 種 級 障害名 _____）			
		<input type="checkbox"/> 愛の手帳を持っている （ 度） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害名 _____） <input type="checkbox"/> 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回） <input type="checkbox"/> 就労している <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 不規則（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 介護を手伝ってくれる人はいない <input type="checkbox"/> 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）			

その他の状況	<input type="checkbox"/> 退院、退所後に戻る住居がない（住居を処分し住民票上のみ住所がある場合） <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込書にある内容を東京都・江戸川区・在宅介護支援センター・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

氏名 _____

代理人氏名 _____ 本人との続柄（ _____ ）

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書を
受付けました。

平成 年 月 日

受付担当者

以下の点にご注意ください。

1. 入所申込書にご記入頂いた内容が変わったときは、変更届を提出して頂きますので、必ず当施設に連絡をしてください。
2. 他の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所した時、当施設への入所希望がなくなった時は連絡してください。
3. この入所申込書の有効期限は申込み受付け年月日から1年間です。
残念ながらそれまでに入所に至らなかった方については、入所申込書の再提出をお願い致します。

有効期限 平成 年 月 日

4. ご不明な点は下記までご連絡ください。

社会福祉法人 光照園
江戸川光照苑
江戸川区北小岩5-7-2
TEL03-5668-0051
担当 葛西・柴田