

大田区特別養護老人ホーム入所（変更）申込書

入所希望者 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
申込者	ふりがな	続柄
	氏名	
	住所	〒 [] [] [] - [] [] [] []
	電話番号	()
連絡先	申込者以外への連絡を希望する場合は、下記に記入してください。	
	ふりがな	続柄
	氏名	
	住所	〒 [] [] [] - [] [] [] []
電話番号	()	
情報提供同意欄	大田区が、入所を希望する特別養護老人ホーム、及び地域包括支援センターに対して、本申込書(介護支援専門員等意見書を含む)の情報を提供することに同意します。	
	本人署名 (代筆 入所希望者との関係)	
介護支援専門員等意見書 (必ず記入してください)	特別養護老人ホームへの入所に対する必要性（緊急を要する特別な事情など）を記入してください。 ◆ 原則として介護支援専門員が記入してください。医療機関等に入院中で介護支援専門員が記入できない場合は、当該施設の相談員等が記入してください。	

記入者氏名	事業所	
所在地		
電話番号	()	

こちらの様式は平成 22 年度時点の申込書です。
 現在は、新しい申込書に変更しております。
 最新の申込書は、こちらからダウンロードして使用してください。
[特別養護老人ホームへの入所を希望される方へ](#)

申し込みます。 申込日 平成 年 月 日

入所希望者	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	住所	〒 [] [] [] - [] [] [] []	大田区 丁目 番号 方
	電話番号	()	
	要介護度	要介護 1・2・3・4・5 (該当に○印)	
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()	
居住場所が自宅以外の場合の所在地等	名称		
	所在地		
	電話番号	()	
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻くう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望施設 (複数選択可)	区内	区立	従来型 <input type="checkbox"/> 羽田 <input type="checkbox"/> 池上 <input type="checkbox"/> 大森 <input type="checkbox"/> 蒲田 <input type="checkbox"/> 糀谷 <input type="checkbox"/> たまがわ
		民立	従来型 <input type="checkbox"/> 好日苑 <input type="checkbox"/> ゴールデン鶴亀ホーム <input type="checkbox"/> 大田翔裕園 <input type="checkbox"/> いずみえん
	区外		民立
		従来型 <input type="checkbox"/> 羽村園 <input type="checkbox"/> 第二喜久松苑 <input type="checkbox"/> 愛生苑 <input type="checkbox"/> 第二徳寿園 <input type="checkbox"/> 第2カントリービラ青梅 <input type="checkbox"/> 愛全園	
第一希望施設(区内のみ) (施設名称を記入。第一希望施設がない場合は「希望なし」と記入。)	施設名 ◆ 留意事項 ご記入の第一希望施設のみ、第二次評価において加点します。その他の希望施設より評価点数が高くなりますが、必ずしも第一希望施設に入所できるとは限りません。		

さわやかサポート	地域福祉課	高齢計画課

入所希望者 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
主な介護者の状況	主に介護をされている方について、あてはまる項目すべてにチェックしてください。 ◆ 医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中で、退院・退所後に介護者となる親族等がいる場合は、「介護者がある」の該当する項目をチェックしてください。 ◆ 「介護者」とは、入所希望者との同居、別居を問わず、日常的に介護を行っている親族等のことです。介護サービス事業者は該当しません。 ◆ 「身体・知的・精神障害者」については、手帳の交付を受けている場合、または医師の診断等により同程度の障害があると認められる場合です。(身体障害者については3級以上)		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない 介護者がある <input type="checkbox"/> ア. 主な介護者は、要介護1~5のいずれかに認定されている <input type="checkbox"/> イ. 主な介護者は、要支援1・2のいずれかに認定されている <input type="checkbox"/> ウ. 主な介護者は、身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている <input type="checkbox"/> エ. 主な介護者は、70歳以上である <input type="checkbox"/> オ. 主な介護者は、入所希望者以外にも要介護者、または身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている方を介護している <input type="checkbox"/> カ. 主な介護者は、一つの疾患について月に2回以上受診している <input type="checkbox"/> キ. 主な介護者は、一つの疾患について月に1回受診している <input type="checkbox"/> ク. 主な介護者は、未就学児を育児している <input type="checkbox"/> ケ. 主な介護者は、週40時間以上(休憩時間を含む)の就業をしている <input type="checkbox"/> コ. 主な介護者は、週20時間以上40時間未満(休憩時間を含む)の就業をしている <input type="checkbox"/> サ. 主な介護者は、介護するために片道1時間以上かけて通っている <input type="checkbox"/> シ. 主な介護者の他に、介護を行う者がいない <input type="checkbox"/> ス. どれにもあてはまらない		
住宅の状況	入所希望者の住宅について、あてはまる項目すべてにチェックしてください。 ◆ 「住宅がある」とは、持ち家・借家に関わらず、また医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中に関わらず、入所希望者が居住すべき家屋があることをいい、その家屋の構造により介護に支障がある場合を含みます。		
	<input type="checkbox"/> 住宅がない 住宅がある <input type="checkbox"/> ア. 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> イ. 入所希望者の居室が2階以上であり、エレベータや階段昇降機等がない <input type="checkbox"/> ウ. 入所希望者の居室がない <input type="checkbox"/> エ. 入所希望者の居室と同じ階に、トイレや浴室がない <input type="checkbox"/> オ. 入所希望者の行動、心理症状により、近隣から苦情が出ている <input type="checkbox"/> カ. どれにもあてはまらない		

入所希望者 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
認知症などによる症状	入所希望者の認知症などによる症状について、すべての項目にチェックしてください。介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。 ◆ 「ない」とは、過去1ヶ月間に1度も現れたことがない場合やほとんど月1回以上の頻度では現れない場合をいいます。 ◆ 「ときどきある」とは、少なくとも1ヶ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいいます。 ◆ 「ある」とは、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。		
	A	徘徊(室内を含む) 暴言や暴行がある 排泄物をいじる等の不潔な行動がある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	B	外出すると戻れない 介護に抵抗する 一人で外に出たがり、目が離せない ひどい物忘れ 転倒転落の危険があり、目が離せない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
	C	物を盗られたなどと被害的になる 作り話をする 昼夜の逆転がある しつこく同じ話をする 大声や奇声を出す 色々な物を集めたり、無断でもってくる 物を壊したり、衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
身体状況	入所希望者の身体状況について、すべての項目にチェックしてください。介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。		
	入浴(清拭を含む) 移乗 移動 寝返り 食事摂取 排尿 排便	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 介助されていない	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
在宅サービス	入所希望者の在宅サービスの利用状況について、あてはまる項目にチェックしてください。 ◆ 「在宅サービス」とは、訪問介護(ホームヘルプサービス)、通所介護(デイサービス)、訪問看護などの介護保険サービス、または紙おむつ等の支給などの区が実施する高齢者福祉サービスであって、在宅における生活を続けていくことを目的として利用しているものをいいます。		
	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		