

# 大田区都市型軽費老人ホーム入所（変更）申込書

（宛先）大田区長 都市型軽費老人ホーム施設長

下記のとおり、都市型軽費老人ホームの入所を申し込みます。 申込日 年 月 日

入所希望者	ふりがな					性別	□男 □女
	氏名						
	生年月日	□明治 □大正 □昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		大田区 丁目 番 号 方			
	大田区民歴	□1年以上 □1年未満		電話番号			
	携帯電話			ファクシミリ			
	生活保護等受給	□有 □無	有の場合 担当職員	生活福祉課 係氏名			
	介護保険要介護度	自立(未認定) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (該当に○印)					
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日			
	介護支援専門員	事業所名		担当者名			
	障害者手帳	□身体 □知的 □精神 □なし (該当に○印) ( 級・障がい名 )					
	医療保険	国保(後期高齢者) 社保(本人・家族) 生活保護 未加入(該当に○印)					
	対人関係	□協調的 □普通 □苦手					
	趣味						
嗜好	□飲酒あり (1日		合・本・杯)		□飲酒なし		
	□喫煙あり (1日		本)		□喫煙なし		
希望施設	施設名						
	◆留意事項 一施設のみ記入(複数選択不可)						
家族状況	氏名	年齢	続柄	同居別居	住所		
		歳		同・別			
		歳		同・別			
		歳		同・別			
		歳		同・別			

前年の収入	年金・恩給等	円	種類 ( )	
	財産収入	円	内容 ( )	
	利子・配当収入	円	内容 ( )	
	不動産・動産処分収入	円	内容 ( )	
	相続・贈与による所得	円	内容 ( )	
前年の必要経費	所得税・住民税等の租税	円	生命保険料	円
	社会保険料等	円	介護サービス自己負担分	円
	その他	円	内容 ( )	
住宅・生活の状況	<p>現在のお住まいについて、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 民間の借家・賃貸アパート・賃貸マンション <input type="checkbox"/> 都営住宅・区営住宅 <input type="checkbox"/> 公社・UR賃貸（旧公団）住宅 <input type="checkbox"/> 自宅（土地は借地）・自宅（土地は自己所有）・分譲マンション <input type="checkbox"/> 施設（施設名 ) → <input type="checkbox"/> 退所の場合に戻れる住宅がある（住宅の形態 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<p>世帯構成について、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの家族 <input type="checkbox"/> 家族と同居だが家族の支援が見込めない（状況 )			
	<p>在宅生活を継続することが困難な状況について、あてはまる項目すべてに「レ」をチェックしてください。状況を必ず記入してください。</p> <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている（立ち退き期限 年 月 日） <input type="checkbox"/> 入浴ができていない（状況 ) <input type="checkbox"/> 住居が2階以上であり、エレベーターや階段昇降機等がない <input type="checkbox"/> 雨漏りが激しい <input type="checkbox"/> 見守りがないと不安である（状況 ) <input type="checkbox"/> 買い物ができない、料理が作れない等の理由で、十分な食事がとれていない（状況 ) <input type="checkbox"/> その他（状況 ) <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない			

現在の健康状態について、あてはまる項目に「レ」をチェックしてください。

- 良好である     普通である     病弱である  
 認知症あり(診断名 )     認知症状なし     認知症状あるが受診したことはない(症状 )

既往歴を記入してください。(結核・喘息・高血圧症・白内障・リウマチ・心筋梗塞・骨折など)

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"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

通院中の医療機関名	診療科
-----------	-----

服薬の有無	<input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 服薬なし
-------	---

服薬中の薬剤名	
---------	--

入所希望者の身体状況について、あてはまる項目すべてに「レ」をチェックしてください。

- 視力     普通     やや不自由(眼鏡の使用 有・無 )  
           ほとんど見えない・見えない  
 聴力     普通     やや不自由(補聴器の使用 有・無 )  
           ほとんど聞こえない・聞こえない  
 言語     普通     やや不自由     不自由  
 歩行     つかまらないでできる     杖の使用によってできる  
           できない  
 食事     介助されていない     一部介助     全介助  
 排泄     介助されていない     一部介助     全介助  
 入浴     介助されていない     一部介助     全介助  
 衣服着脱     介助されていない     一部介助     全介助

