

東久留米市指定介護老人福祉施設入所申込書兼調査書
及び情報提供に関する同意確認欄

(新規 変更)

該当する項目に☑、または具体的にご記入をお願いします。

申込日 年 月 日

ふりがな		〒	—	入所申込者ご本人との関係 ()
申込書ご記入の方の氏名		住所		
		電話		
ふりがな		〒	—	入所申込者ご本人との関係 ()
身元引受人の方の氏名		住所		
		電話		

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
入所申込者ご本人の氏名										
被保険者番号										
住所	〒	—		この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 電話 ()				<input type="checkbox"/> 自宅以外 ()	
要介護度	<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									
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる									
主に介護している方について	介護する方は	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 要支援以上 <input type="checkbox"/> 働いている(週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護している								
		介護する方の精神的負担の大きさ	介護者が本人に対し <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 放置する <input type="checkbox"/> 縛ったり、鍵をかけるなどの拘束を行う							
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 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"/> それ以外の方()									
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(具体的に) 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input 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"/> 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 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 type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい									
その他本人について	<input type="checkbox"/> 介護者に対して拒否的な態度(暴力を振るう等)がある <input type="checkbox"/> 介護者が急死又は緊急入院により、介護できる人がいなくて困っている <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名)									

○現在受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療（居宅にいらっしゃる方は未記入）	現在いらっしゃるの、 <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"/> 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 _____ ○入所・入院開始日 年 月 日～
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（ケアマネジャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 _____ 事業所名 _____ 電話 _____
在宅サービスについて	在宅サービスは現在、 <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"/> 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 [具体的な内容]

○他の施設（特別養護老人ホーム）の申し込み状況

現在、他に申し込まれている施設（特別養護老人ホーム）、または申し込む予定の施設がございましたら、以下の表で該当する施設に☑をご記入ください。

※ ここで記入した内容は、施設入所の優先順位には一切関係ありませんので、ありのままご記入ください。

市内の施設	<input type="checkbox"/> けんちの里／(社福)竹恵会 <input type="checkbox"/> シャローム東久留米／(社福)三育ライフ <input type="checkbox"/> マザアス東久留米／(社福)マザアス <input type="checkbox"/> 多摩の里けやき園／(社福)園盛会
市外の施設	<input type="checkbox"/> ()

○変更申請について

要介護度や状態等の変更がございましたら、本申込書を各施設へ再度、ご提出をお願いします。

○施設への連絡のお願い

他の施設への入所が決定した場合、または入所の申し込みを取り消した場合は、上記の各施設へご連絡をお願いします。

情報提供に関する同意確認	私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。 この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・担当のケアマネジャーへ提供することに同意します。 また、貴施設へ入所が決定した場合は、市内の介護老人福祉施設等や保険者に入所が決定したことを通知することに同意します。 なお、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 指定介護老人福祉施設 _____ 様 令和 年 月 日 〒 - 住所 _____ 氏名(入所申込者ご本人) _____ 印 (代筆者氏名) _____)
--------------	--

※ 施設使用欄	<input type="checkbox"/> 障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
---------	--