受付日

令和

月

Н

区窓口・郵送着

受付票

申請書コピー

パンフ

受付者

記入例

荒川区特別養護老人ホーム入所申込書 新規・変更

申 込 日 令和 年 月 日 変 更 申 請 日 令和 年 月 日

 \Box 宛名番号 大正 (昭和) アラカワ イチロウ 性 別 生年 年龄 7 7 (男)女 月日 22年 8月 1 ⊟ ご所 氏 名 荒川 一郎 歳 本希 116 - 0002 人望 介護保険被保険者証を見 者 荒川 2 丁目 2 番 3 号 荒川区 て記入してください。 介 介護保険の要介護度 (要介護 ◆)被保険者番号 3 4 5 6 7 2 護 状 日から令和 年 認定期間 令和 年 月 月 日まで 区分変更申請中(月 日申請) 況 グループホーム 在宅 老人保健施設 病院(医療療養) 介護医療院(療養型) 保険料 段階 本 サービス付き高齢者住宅 有料老人ホーム 軽費老人ホーム その他(負担割合 割 人 施設・病院名 所在地 1ヶ月収入 **ഗ** 状 年金等 入所・入院時期 月から 電話番号 万円 況 収入 必ず記入してください。 退院後の予定 生活保護受給 概 要 経管栄養(胃ろう) インシュリン(回数 /日) バルーンカテーテル 人工肛門 (ストマ) 在宅酸素 人工透析 痰の吸引 MRSAその他(グリーンハイム荒川 (100床) サンハイム荒川 (59床) 花の木八イム荒川(50床) あそかのぞみの郷(64床) 床 (複数式 室 1施設のみ希望する場合は加点がありま さくら館(58床) 癒しの里南千住 (20床) おたけの郷 (40床) 可設 <u>さくら館・癒しの里南千住・おたけの郷</u> は、多床室か個室のどちらかを選択してくだ さい。(利用料が異なります。入所後の変更 さくら館(28床) 癒しの里南千住(80床) おたけの郷 (100床) はできません。) 郵便物は、申請者の住所にお送りさせていただきます。 フリガナ アラカワ フミコ 続柄 年齢 氏 名 妻 二三子 7 3 荒川 ご申 (つながりやすい連絡先に図をしてください) 116 - 0002 家請 (自宅) 03-3802-3111 族者 住 所 電話 (郵送先) (携帯) 090-1234-5678 荒川区荒川2-2-3 (その他) ごそ 氏 荒川区荒川1-3-5-701 荒川 太郎 家の 090-8765-4321 名 族他 事業所名 116 - 0002 居宅介護支援 所在地 在宅サービスを利用 事業所 荒川居宅介護支援事業所 荒川区荒川3-7-5 している方は必ず 記入してください。 担当ケアマネジャー 桜木 春子 電話番号 03-3802-3618 個人情報の取り扱いに関する同意 ・要介護認定についての調査内容、判定結果及び主治医意見書について情報提供を受けることに同意します。 ・住民基本台帳上の異動内容及び本人、配偶者又は生計中心者の所得や課税額等について情報の提供を受けることに同意します。 ・申込みに関する情報を希望施設に対し、情報提供することに同意します。また、施設から入所の意思確認があった際に<u>身</u>己都会 必ず記入して 場合、この申込は全て取下げになることに同意します。 ください。 郎 <u>本人氏</u>名 **荒川** ・国または東京都からの統計調査等に協力することに同意します。 他の特別養護老人ホームに入所した場合は、申し込みを取り下げます。 代筆者 二三子 (続柄 妻 荒川

記入例

特別養護老人ホーム入所調査票

_	認知機能について								
本人	短期記憶問題あり 意思の伝達ができない 毎日の日課が理解できない								
の認	精神・行動障害について								
知症状	幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 不潔行為 徘徊 介護に抵抗								
	火の不始末 異食行動 性的問題行動 その他()								
介護をし	・主介護者氏名(荒川 二三子)・年齢(73歳)・性別(男・女)・続柄(妻)								
	・ 同居 別居(区・市) 介護をしている方の状況です。入所希望 者が在宅以外の場合は在宅に戻った場合								
ている	介護者がいない(親族がいない) 介護者が に介護する方の状況です。								
家族	介護者が難病(注1)()・障害()・要介護者(要介護・要支援)								
につこ	介護者が他にも障害者や高齢者を常時介護している(氏名 続柄)								
いてお	介護者が70歳以上								
聞き	介護者が同居の兄弟・姉妹・孫など								
します	介護者が病弱・通院中である (病名: 月 回通院)								
90	介護者が働いている・育児をしている・介護のために離職中								
	自宅で一人暮らし(日中独居・夜間独居を含む)								
本人	高齢者のみの世帯(70歳以上)								
の現	住宅がない、または立ち退きを求められている								
在のも	施設や病院から退所・退院を求められても自宅での介護はできない								
生活	施設・病院の費用が高額のため経済的負担が大きい								
	その他生活困難な理由 <u>下欄に具体的に記入してください。</u> 区で確認しますので 記入不要です。								
介護	申請時在宅(入院中を含む)								
期間	要介護1以上の時期(H・R 年 月 日から)(通算 年) 区で確認します。								
介護	者の事情、在宅で介護できない事情、早期に入所したい理由等を具体的にお書きください。								
	<u>計 </u>								
	施設を希望する理由を具体的に記入してく ださい。記入がない場合、電話等でお聞き								
	(記入欄は状況調査票下欄にもあります。) 合計								

[・]調査内容について、実態調査をおこなったり、ケアマネージャーに確認することがあります。また、虚偽の記載をした場合は、申込みを取り消すことがあります。

記入例

申込日 令和 年 月 日

変更申請日 令和 年 月 日

区外施設でもよいので、早く入所したい

入所希望者氏名

荒川 一郎

ご希望の際は必ずチェックを入れてください。

現在治療中の病気

既往歴

(大きな病気などについて記入してください)

病 名	病院名				
認知症	荒川病院				
	*				

病 名 時 期 **脳梗塞** 年頃

認知症高齢者日常生活自立度(

現状の症状に係わるような病気について記入してください。

日常生活の状況

区で確認しますので記入不要です。

)

身長			1 6 0	c m		障害者手帳の 有無等 等		帳の種類	()
体重			6 5	k g	有			級	()
状法	況	自分で 可能	見守り 必要	一部 介助	全介助	聴力	J	普通	聞	こえずらし	۱,	聞こえない
步(行					視りた	J	普通	見	えずらい		見えない
車いする	利用					会 記	r.	特に問題なく可 簡単な会話なら可				
排泄						ᄶᄚ	会話 同じことを繰り返す(会話は成意思の疎通は困難(会話になら					
入	浴					オムツ使	用	無	常時	夜のみ	IJ	ハビリパンツ
食	事	*				食事形	態	普通食	+	ザミ	かゆ	流動

自由記入欄

配膳後、ご自身で食べることができる方は、こちらにチェックをお願いします。

ご自宅での介護が難しい場合には、こちらに詳細状況(ご家族、 介護者の状況等)をご記入ください。また、現在、病院や他の施 設に入所している場合も状況をお書きください。

区確認事項

老健案内 障害者控除 限度額認定 埼玉等特養一覧 オムツ案内