

荒川区特別養護老人ホーム入所申込書

☐新規 ☐変更

記入例

申込日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

変更申請日 令和 年 月 日

宛名番号

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                  |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|--------------|----|------|----------------------------------------------------|------|--------|---|---|
| (ご本人)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | フリガナ アラカワ イチロウ                                                                                                                                                                                                             | 性別                                                                                                                                                               | 大正 昭和  | 生年月日 | 22 年 8 月 1 日 | 年齢 | 77 歳 |                                                    |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 氏名 荒川 一郎                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女                                                                                                       |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 〒 116 - 0002<br>荒川区 荒川 2 丁目 2 番 3 号                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                  |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
| 介護状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 介護保険の要介護度 (要介護 <input checked="" type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7) |                                                                                                                                                                  | 被保険者番号 |      | 000          | 1  | 2    | 3                                                  | 4    | 5      | 6 | 7 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 認定期間                                                                                                                                                                                                                       | 令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで 区分変更申請中 ( 月 日申請 )                                                                                                               |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
| ご本人の状況 (概要)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 (医療療養) <input type="checkbox"/> 介護医療院 (療養型) <input type="checkbox"/> グループホーム                                                       |                                                                                                                                                                  |        |      |              |    |      |                                                    | 保険料  | 第 〇 段階 |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                    |                                                                                                                                                                  |        |      |              |    |      |                                                    | 負担割合 | 〇 割    |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 施設・病院名                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                  |        | 所在地  | 〒 -          |    |      | 年金等収入<br>約 〇 万円<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給 |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 入所・入院時期                                                                                                                                                                                                                    | 年 月から                                                                                                                                                            |        | 電話番号 |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 退院後の予定                                                                                                                                                                                                                     | 必ず記入してください。                                                                                                                                                      |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン (回数 /日) <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストマ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素<br><input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                  |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
| (複数施設希望可)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 多床室                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> グリーンハイム荒川 (100床) <input type="checkbox"/> サンハイム荒川 (59床) <input type="checkbox"/> 花の木ハイム荒川 (50床) <input type="checkbox"/> あそかのぞみの郷 (64床) |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> さくら館 (58床) <input type="checkbox"/> 癒しの里南千住 (20床) <input type="checkbox"/> おたけの郷 (40床)                                                  |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 個室                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> さくら館 (28床) <input type="checkbox"/> 癒しの里南千住 (80床) <input type="checkbox"/> おたけの郷 (100床)                                                 |        |      |              |    |      |                                                    |      |        |   |   |

郵便物は、申請者の住所にお送りさせていただきます。

|          |                                 |      |                                                                                                                                                      |    |               |
|----------|---------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|
| (ご申請者)   | フリガナ アラカワ フミコ                   | 続柄   | 妻                                                                                                                                                    | 年齢 | 73 歳          |
|          | 氏名 荒川 二三子                       | 電話番号 | (つながりやすい連絡先に☎をしてください)<br><input type="checkbox"/> (自宅) 03-3802-3111<br><input type="checkbox"/> (携帯) 090-1234-5678<br><input type="checkbox"/> (その他) |    |               |
| 住所 (郵送先) | 〒 116 - 0002<br>荒川区荒川 2 - 2 - 3 |      |                                                                                                                                                      |    |               |
| ご家族他     | 氏名 荒川 太郎                        | 続柄 子 | 住所 荒川区荒川 1 - 3 - 5 - 7 0 1                                                                                                                           | 電話 | 090-8765-4321 |

|           |                  |      |                                 |                            |
|-----------|------------------|------|---------------------------------|----------------------------|
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 荒川居宅介護支援事業所 | 所在地  | 〒 116 - 0002<br>荒川区荒川 3 - 7 - 5 | 在宅サービスを利用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                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |         |                                                                                           |             |
| <p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・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自己都合で辞退した場合、この申込は全て取下げになることに同意します。</p> <p>・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。</p> <p>・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。</p> |          |         |                                                                                           |             |
| 本人氏名 荒川 一郎                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |         |                                                                                           | 必ず記入してください。 |
| 代筆者 荒川 二三子 (続柄 妻)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |         |                                                                                           |             |
| 受付日                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 令和 年 月 日 | 区窓口・郵送着 | <input type="checkbox"/> 受付票 <input type="checkbox"/> 申請書コピー <input type="checkbox"/> パンフ | 受付者         |

[illegible]

・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。

(注1) 悪性腫瘍、人工透析等も含む。

# 《状 況 調 査 票》

様式 1 - 3

## 記入例

申込日 令和 〇 年 〇 月 〇 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 | 〇年頃 |
|     |     |
|     |     |

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                |       | 手帳の種類                                                                                                                                                              | ( ) |
| 体重    | 6 5 k g                  |                          |                          |                          |       | 等級                                                                                                                                                                 | ( ) |
| 状 況   | 自分で可能                    | 見守り必要                    | 一部介助                     | 全介助                      | 聴 力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえずらい <input type="checkbox"/> 聞こえない                                                                         |     |
| 歩 行   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 視 力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない                                                                           |     |
| 車いす利用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 会 話   | <input type="checkbox"/> 特に問題なく可<br><input type="checkbox"/> 簡単な会話なら可<br><input type="checkbox"/> 同じことを繰り返す（会話は成立する）<br><input type="checkbox"/> 意思の疎通は困難（会話にならない） |     |
| 排泄    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                    |     |
| 入 浴   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | オムツ使用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ                                               |     |
| 食 事   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 食事形態  | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> 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