

特別養護老人ホーム申込書

東京都北区長殿

令和 6年 6月 1日

次のとおり申込みます。

申込者 住所 〒114-0022

(入所希望者) 北区 王子本町1-15-22

カナ キタク タロウ

生年月日 M・T・S 19年1月1日

氏名 北区 太郎

年齢 80歳 性別 男

電話番号 ()

申込代行者 住所 〒114-0034

(連絡先) 北区上十条1-1-1

カナ キタク ハナコ

申込者との関係 入所希望者のご親族

氏名 北区 花子

性別 男 女 年齢 55歳

電話 ()

携帯電話 ()

連絡可能な時間帯 希望する箇所をしてくださいいつでも可能午前9～12時 午後0～1時 午後1～4時 午後4～6時結果送付先 申込者 申込代行者 其他のご親族 ()

ご家族について

氏名	続柄	年齢	住所	電話	連絡時間帯
北区 一郎	長男	50歳	〒115-0045 北区赤羽1-1-1	090(3908)2222	AM 10時頃 PM
		歳	〒	()	AM 時頃 PM
		歳	〒	()	AM 時頃 PM

ケアマネジャー 該当する箇所をしてご記入くださいいない いる 申込内容について問い合わせさせていただくことがあります

氏名	飛鳥 太郎	事業所名 (Tel番号)	〇〇介護 Tel 03(1111)1111
----	-------	-----------------	--------------------------

2枚目に続きます

※以下記入不要です<区処理欄>

課長		係長		入力		端末		名簿		受付	
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

申込 新・再

記入例

○年齢

申込み各期の基準日現在の年齢をご記入ください。
(入所案内2ページ「申込み」参照)

○結果送付先

申込みの結果は、本人宅または親族・後見人の住所に送付できます。
いずれか1ヶ所を選んでください。
(ケアマネジャーや友人には送付できません)

○ご家族について

区役所や希望施設から連絡が入る場合があります。申込代行者以外で、申込者本人の状況が分かるキーパーソンの方の情報をご記入ください。

○ケアマネジャー

(介護支援専門員)担当の方がいる場合はご記入ください。
また申込者の状況を確認させていただく場合がありますのでご了承ください。

○区処理欄は記入不要です。

介護保険情報

介護保険被保険者番号 (0000000001) 介護保険要介護認定 (要介護 5)

認定有効期間 R5年 1月 1日～ R8年 12月 31日

要介護1または2の方該当する箇所に☑してください。(複数選択可)

- 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、在宅生活が困難な状態である。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態である。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。

申込者の居所該当する箇所に☑してください

現在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(一般・療養) <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 介護医療院(介護療養型医療施設) <input type="checkbox"/> その他()				
入院先名 入所先名	0000	所在地	〒114-0022 北区王子1-1-1		
入院日 入所日	R5年 1月頃	電話番号	03(1111)0000	相談員名	△△△
それ以前	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院(一般・療養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 介護医療院(介護療養型医療施設) <input type="checkbox"/> その他()				
過去1年以内 の在宅期間	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				

希望施設希望施設名に☑してください(複数選択可)。☑がある施設からのみ連絡があります。

区内施設		区外契約施設
多床室(※1)	ユニット型個室	
<input type="checkbox"/> 希望しない(※2)	<input type="checkbox"/> 希望しない(※2)	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない(※2)
<input type="checkbox"/> 上中里つつじ荘	<input type="checkbox"/> うきま幸朋苑(全室個室)	<input type="checkbox"/> 塩船園
<input type="checkbox"/> 清水坂あじさい荘	<input checked="" type="checkbox"/> 飛鳥晴山苑(全室個室)	<input type="checkbox"/> 麦久保園
<input type="checkbox"/> 桐ヶ丘やまぶき荘	<input type="checkbox"/> 新町光陽苑	<input type="checkbox"/> ひかり苑
<input checked="" type="checkbox"/> 王子光照苑	<input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘	<input type="checkbox"/> ひのでホーム
<input checked="" type="checkbox"/> ウェルガーデン西が丘園	<input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園	<input type="checkbox"/> 草花苑
<input type="checkbox"/> みずべの苑		<input type="checkbox"/> ケアポート板橋
<input type="checkbox"/> 新町光陽苑(※3)		<input type="checkbox"/> 青梅愛弘園
<input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘		
<input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園		

(※1) 多床室施設にも一部従来型個室がございますが、従来型個室のみを希望することはできません。
 (※2) 各列で希望施設がない場合は、「希望しない」に☑してください。
 (※3) 新町光陽苑の多床室は「地域密着型施設」のため、北区に住民票がある方のみの利用となります。

記入例

○要介護1または2の方
 要介護1または2の方は左記に該当する方のみがお申し込み可能です。お申し込み後、お電話にて調査させていただきます。

○申込者の居所
 現在生活されている場所とそれ以前の場所を選択してください。現在入院・入所の方は、名称や所在地などをご記入ください。基準日から過去1年以内の在宅生活の「あり」「なし」どちらかに☑してください。

○希望施設
 希望施設は第1期・第2期・第3期ごとに申し込み期間内の変更はできませんが、申し込み期間を過ぎると変更できなくなりま。各申し込み期間後の希望施設の変更は、次の期間に反映されます。
 希望する施設に☑してください。各列で希望する施設がない場合は「希望しない」を☑してください。

特別養護老人ホーム申込用状況調査票

20240520

申込者氏名： 北区 太郎

記入者氏名： 北区 花子

申込者との関係 (長女)

R6年 6月 1日記入

※該当する箇所を☑してご記入ください

介護者の状況 (最高30点)

- 介護者がいない(☐単身 ☐同世帯に家族がいるが別生活 ☐同世帯だが本人が長期入院等で実態なし)
- 介護者がいる (氏名： 北区 飛鳥 続柄： 妻 生年月日： S20年 9月 1日)
 - 介護者が要介護1以上
 - 介護者が70歳以上または、18歳未満
 - 介護者が障害者(障害者手帳交付者または介護保険要支援1・2と認定されている方)
 - 介護者が複数の方の介護をしている
(氏名： _____ 介護度・障害等級： _____ 介護者との関係： _____)
 - 介護者が病弱である(病名： 関節リウマチ)
(医療機関名： ○○医院 通院状況： 月 2 回)
 - 介護者が就業中である(日中 ・ 夜間 ・ 不規則 ・ 求職中)
 - 当てはまることはない

居住期間 (基準日から起算して北区での継続居住期間) (最高30点)

- 3年未満
- 3年以上10年未満
- 10年以上

介護期間 (北区で継続して要介護1以上の期間) (最高10点)

- 1年未満
- 1年以上2年未満
- 2年以上

その他特別な事情 (1年以内の状況でご記入ください)

1. 本人の事情(最高20点)

あり ☐ なし

- 徘徊があり、目を離すとどこかへ行って迷子になってしまう
- 奇声や大声をあげる
- 暴言や暴力的な行動がある
- 介護に対し拒否的である
- 被害妄想があり対応が困難
- 夜間不眠や昼夜の逆転がある
- 食べ物以外のものを口の中に入れてしまう
- その他介護する上で問題となる下記の行動や住環境上の理由がある
 - 排泄などの不潔行為 ☐ 火の不始末 ☐ 収集癖
 - 上記以外の認知症による問題行動(具体的にご記入ください) _____)
 - 住環境上の理由(具体的にご記入ください 歩行できないが家が狭く車イスが使えない _____)

※お申し込み後、電話にて調査させていただきます

4枚目に続きます

記入例

○介護者の状況
住民票上の同世帯にご家族がいる場合は「介護者がいる」に☑をつけます。ただし、1年以上別生活であったり本人が1年以上長期入院・入所である場合は「介護者がいない」となります。

○介護者が障害者
北区外にお住まいの場合、介護保険証・障害者手帳を確認させていただきます。

○複数の方を介護している
北区外の方を介護している場合は、介護保険証・障害者手帳を確認させていただきます。

○介護期間
北区の介護保険で要介護1以上の認定を受けている期間です。

○その他特別な事情
本人が自宅にいない場合は、自宅にいた時の状況も合わせて記入してください(1年以内)
介護上問題となる行動がある場合は具体的にご記入ください。

○「その他介護する上で問題となる...」に該当する例

【認知症による問題行動】 ・歩けないのに、歩こうとして転倒する ・幻覚、幻聴があり、それを何度も話す

【住環境上の問題や理由】 ・歩行困難だが階段を使う必要がある ・高齢を理由にアパートの更新ができない
・段差が多く、転倒の恐れが高い ・退院(退所)後の帰る先がない

○「その他介護する上で問題となる...」に該当しない例

・障害者手帳がある ・おむつを使っている ・耳が遠い ・物忘れ→これらは問題となる行動や住環境上の理由ではないため

2. 介護者の事情(最高5点)

- あり なし
- 本人に対し思わず怒鳴ったり・暴力を振るったり、振るいそうになる
 - 本人に対し思わず無視したり・放置したりまたは、したくなる
 - 本人が動かないようにしばりつけるなど、抑制することがある

入所希望

- 今すぐ入所したい
 保留にしてほしい
 (保留理由: _____)
 ※保留解除を希望される方は、高齢相談係に必ずご連絡ください

まだ家族で介護できる等、施設入所をお悩みの方も保留をご検討ください。

治療中の病気等について

治療 <input type="checkbox"/> なし	病名 高血圧症	病院名 (主治医)	(〇〇〇病院 □□ 先生)
服薬 <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 脂質異常症治療薬 <input type="checkbox"/> 心臓の薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> 胃・整腸薬 ()		
医療行為 <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <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"/> その他()		
認知症について	<input checked="" type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 症状があるが専門医を受診はしていない	<input type="checkbox"/> 症状があり専門医を受診している
既往歴 <input type="checkbox"/> なし	時期(新しい順)	病名(大きな病気などご記入ください)	病院名
	H25年 1月頃	左大腿骨頸部骨折	〇〇総合病院
	H20年 2月頃	脳梗塞	〇〇中央病院
	年 月頃		

日常生活の状況

状況	自分で可能	一部介助	全介助	状況	なし	あり
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	聴力障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	視力障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	言語障害	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	年金等の収入	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
オムツの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		月額		7 万円	
備考						職員チェック欄

5 枚目に続きます

記入例

○入所希望
 病状が不安定（治療が必要）な状態での特養入所はできません。保留を選び、治療が終了したら保留解除の連絡をお願いします。
 なお、保留にしても順位に影響はありません。ただし、保留の間は施設から声がかかりませんので、解除をご希望される場合は必ず区役所へご連絡ください。

○治療内容
 ご本人の治療内容はできるだけ詳しくご記入ください。
 医療行為（胃ろう・在宅酸素など）によっては希望施設が限られる場合があります。

○日常生活の状況
 現在のご本人の状況をご記入ください。

職員チェック欄は記入不要です。

個人情報の取り扱いに関する同意

1. 介護保険要介護・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書を、必要に応じて高齢福祉課が介護保険課より提供を受けることに同意します。
2. この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。
3. 申込者の状況について、高齢福祉課、地区担当高齢者あんしんセンターおよび希望施設が、担当介護支援専門員および病院関係者より情報提供を受けることに同意します。
4. 国、または東京都からの統計調査や北区の手当に関わる調査等に協力することに同意します。

令和 6年 6月 1日

申込者本人氏名 北区 太郎代筆者氏名 北区 花子 関係 (長女)署名欄は手書きで
お願いします。
(コピーは不可)**<申込み後、どこかの特別養護老人ホームに入所した場合は申込みの取り下げとなります>**

北区以外の特別養護老人ホームに入所した場合も同様です。その後、北区の特別養護老人ホームを希望する場合は、次回の申込みをお願いいたします。その場合、すでに特別養護老人ホームに入所している方の申込みは『介護者の状況』、『介護期間』、および『その他特別な事情』の「介護者の事情」の3つの項目のポイントはつきません。
詳細は入所案内3ページ Q3や入所案内4ページ Q12をご覧ください。