

介護保険情報

介護保険被保険者番号 () 介護保険要介護認定 (要介護)

認定有効期間 年 月 日～ 年 月 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 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	所在地	〒 -			
入院日 入所日	年 月 頃	電話番号	()	相談員名	
それ以前	<input type="checkbox"/> 自宅 <input 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 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 type="checkbox"/> 希望しない(※2)
<input type="checkbox"/> 上中里つつじ荘 <input type="checkbox"/> 清水坂あじさい荘 <input type="checkbox"/> 桐ヶ丘やまぶき荘 <input type="checkbox"/> 王子光照苑 <input type="checkbox"/> ウェルガーデン西が丘園 <input type="checkbox"/> みずべの苑 <input type="checkbox"/> 新町光陽苑(※3) <input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘 <input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園	<input type="checkbox"/> うきま幸朋苑(全室個室) <input type="checkbox"/> 飛鳥晴山苑(全室個室) <input type="checkbox"/> 新町光陽苑 <input type="checkbox"/> 赤羽北さくら荘 <input type="checkbox"/> 浮間こひつじ園	<input type="checkbox"/> 塩船園 <input type="checkbox"/> 麦久保園 <input type="checkbox"/> ひかり苑 <input type="checkbox"/> ひのでホーム <input type="checkbox"/> 草花苑 <input type="checkbox"/> ケアポート板橋 <input type="checkbox"/> 青梅愛弘園

(※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。

特別養護老人ホーム申込用状況調査票

20240520

申込者氏名:

記入者氏名: _____ 申込者との関係 (_____) _____ 年 _____ 月 _____ 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 ☐同世帯に家族はいるが別生活 ☐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: _____ 続柄: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 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: _____)
(医療機関名: _____ 通院状況: _____ 月 _____ 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) _____)

※お申し込み後、電話にて調査させていただきます
いただくことがございます

4枚目に続きます

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ぼりつけるなど、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

治療中の病気等について

治療 <input type="checkbox"/> なし	病名	病院名 (主治医)	病院 先生)
服薬 <input type="checkbox"/> なし	<input 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 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 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
	年 月 頃		
	年 月 頃		
	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 type="checkbox"/>	聴力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年金等の収入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
オムツの使用		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		月額	万円	
備考						職員チェック欄	

5枚目に続きます

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 年 月 日

申込者本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 関係 (_____)

<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。