

江戸川区介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所申込書（変更届）

令和 年 月 日

※（有効期限・上記申込受付日から1年間）

※入所希望者の状況、介護の状況等が変更になった場合は、必ずお届けください。

特別養護老人ホーム施設長様

入所希望者（本人）

フリガナ		性別	生年月日	
氏名		☐ 1. 男 ☐ 2. 女	明治・大正・昭和 年 月 日生 （ 歳）	
住所	〒			
電話	自宅 ()		携帯 ()	
保険者			保険者番号	
被保険者番号			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
介護認定の有効期間	年 月 日 ～		年 月 日	
※特例入所の要件に該当する要介護1・2の方については、別紙もご記入ください				
現在の居場所	☐ 1. 自宅 ☐ 2. 病院 (病院名) ☐ 3. 介護老人保健施設 (施設名) ☐ 4. 介護医療院 (施設名) ☐ 5. その他 (具体的に)			

申込（代理）者（申込みが本人でない場合は、下の欄にご記入ください。）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒		
電話	☐ 自宅 () ☐ 携帯 () ☐ 勤務先 () * 昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。		

連絡先（申込代理者以外の方へ連絡を希望される方は、下の欄にご記入ください）

フリガナ		入所希望者	
氏名		との続柄	
住所	〒		
電話	☐ 自宅 () ☐ 携帯 () ☐ 勤務先 () * 昼間、連絡が取れる番号にレ印を付けてください。		

担当ケアマネジャー

事業所名		氏名		電話	()
------	--	----	--	----	-----

※該当するところに記入・レ印を付けてください。

入 所 希 望 者 の 状 況	身長	c m	体重	kg
	障害	身体障害者手帳（ ☐ 無 ☐ 有） 種 級 障害名（ ）		精神障害者保健福祉手帳 ☐ 無 ☐ 有（ 級）
	歩行	☐ 自立 ☐ 杖又は歩行器使用 ☐ つかまり歩行 ☐ 介助歩行 ☐ 歩行不可		
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 （おむつの使用） ☐ 無 ☐ 夜のみ ☐ 有		
	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
		☐ 普通食 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ その他（ ）		
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	着脱衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	視力	☐ 普通 ☐ 見えにくい ☐ 見えない		
	聴力	☐ 普通 ☐ 聴こえにくい ☐ 聴こえない		
	言葉	☐ 普通 ☐ やや不自由 ☐ 不自由		
	床ずれ	☐ 無 ☐ 有（箇所 ）		
	認知症	☐ 無 ☐ 有 ☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型（ピック病など） ☐ その他（ ）		
	行動・心理 症状	☐ 徘徊があり、目を離すと何処かへ行って迷子になってしまう ☐ 暴言や暴力的な行動がある ☐ 自傷行為がある ☐ 奇声や大声をあげる ☐ 排泄物をさわってしまう等の不潔行為がある ☐ 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう ☐ 被害妄想がある ☐ 夜間不眠や昼夜の逆転がある ☐ 介護に対し拒否的である ☐ その他（ ）		
	医療に關する 状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インスリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ 気管カニューレ ☐ IVH ☐ 痰の吸引 ☐ その他（ ）		
現在治療中の病気（ ）				
既往歴（ ）				
感染症	☐ 無 ☐ 有 ☐ 肝炎（ 型） ☐ 疥癬 ☐ 結核 ☐ MRSA ☐ 緑膿菌 ☐ その他（ ）			
入所希望者 の意向	☐ 本人が入所を希望している ☐ 本人は在宅での生活を希望している ☐ 本人の意向は確認していない又は確認できない ☐ その他（ ）			

介護者の状況	☐ 介護者がいない				
	別居	☐ 介護者が別居している ☐ 1週間に3回以上通って介護している（1週間に____回） ※主に介護している方について記入してください			
		氏名		入所希望者との続柄	
		住所			
		☐ 介護を手伝ってくれる人はいない ☐ 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）			
	同居	☐ 介護者が同居している ※主に介護している方について記入してください			
		氏名		入所希望者との続柄	
		生年月日	大正・昭和・平成	年	月
		日生	（ 歳）		
		☐ 要介護認定を受けている ☐ 要支援 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 身体障害者手帳を持っている （ 種 級 障害名 _____） ☐ 愛の手帳を持っている （ 度） ☐ 精神障害者保健福祉手帳を持っている （ 級 障害名 _____） ☐ 病気で通院している （病名 _____ 通院状況 _____ 週間に _____ 回） ☐ 就労している ☐ 8時間以上 ☐ 4～8時間 ☐ 不規則（具体的に _____） ☐ 介護を手伝ってくれる人はいない ☐ 他に介護をしている人がいる （氏名 _____ 介護の状況 _____）			

その他の状況	☐ 退院、退所後に戻る住居がない
	☐ 住宅が狭く、退院、退所後に戻る部屋がない
	☐ 本人に対し思わずどなったり、暴力を振るいそうになる。
	☐ 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

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、入所希望者、介護者を円滑に支援する為に特別養護老人ホーム入所に係る内容を東京都・江戸川区・地域包括支援センター（熟年相談室）・担当ケアマネジャー・区内特別養護老人ホームへ提供することに同意します。

年 月 日

本人氏名 _____

※1部コピーをとって保管してください。 代理人氏名 _____ 本人との続柄(_____)

入所申込施設

入所申込の際は、別紙「江戸川区内特別養護老人ホーム入所申込について」を必ずお読みください。

- 申込み書を提出した施設に◎、その他申し込む施設に○をしてください。
入所申込の際は、従来型・ユニット型の選択ができますが、両方に○をしていただくことも可能です 【表の見方】 従…従来型／ユ…ユニット型
- 順位はつけられません。
- ○を付けた施設への情報提供はひと月に1回、翌月末までに行います。

希望		番号	施設名	希望		番号	施設名
従	ユ			従	ユ		
		1	なぎさ和楽苑			13	特別養護老人ホーム第二みどりの郷
		2	リバーサイドグリーン（江東園）			14	特別養護老人ホーム古川親水苑
		3	暖心苑			15	タムスさくらの杜 江戸川
		4	瑞江特別養護老人ホーム			16	わとなーる葛西
		5	小岩ホーム			17	特別養護老人ホーム 癒しの里 西小松川
		6	江戸川光照苑			18	タムスさくらの杜 春江
		7	清心苑			19	特別養護老人ホーム第三みどりの郷 ※1
		8	アゼリー江戸川			20	やすらぎの里北小岩
		9	特別養護老人ホーム ウエル江戸川			21	タムスさくらの杜 南葛西
		10	特別養護老人ホーム 泰山			22	タムスさくらの杜 一之江
		11	特別養護老人ホーム みどりの郷福楽園			23	特別養護老人ホーム いずみ
		12	特別養護老人ホーム きく			地 1	特別養護老人ホーム わとなーる ※2

※1 第三みどりの郷は「従来型個室」

※2 お申し込みは江戸川区の住民に限ります。

※施設記入欄

入所申込受付日	年	月	日
受付施設名			
受付番号	—	—	

特記事項等

要介護1・2の入所希望者については、こちらもご記入のうえご提出ください。

「**特例入所**」の要件に該当することの判定に際しては、**居宅において**日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮します。

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること。
- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
- ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又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不十分であること。

◆要介護1・2の入所希望者については、上記事由の該当番号を記入のうえ、**居宅において日常生活を営むことが困難な具体的な内容**を記入してください。

該当番号	日常生活に支障を来たすような症状・行動・意思の疎通が困難な具体的な内容