

大田区特別養護老人ホーム入所（変更）申込書

1/4 ページ

(宛先) 大田区長

下記のとおり、特別養護老人ホームの入所を申し込みます。 申込日 年 月 日

入所希望者	介護保険 被保険者番号												性別	1 男 2 女												
	ふりがな												生活保護 等受給	1 有 2 無												
	氏名																									
	生年月日		年 月 日																							
	住所		〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> 丁目 番 号 方																							
	要介護度		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 （該当に○印）																							
認定有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日																								
居住場所		1 自宅 2 病院 3 介護老人保健施設 4 グループホーム 5 介護療養型医療施設 6 介護付有料老人ホーム 7 住宅型有料老人ホーム 8 その他（ ）																								
居住場所が自宅 以外の場合の所 在地等		名称																								
		所在地																								
		電話番号		（ ）																						
医療状況		1 胃ろう 2 鼻くう 3 尿道カテーテル 4 在宅酸素 5 インスリン 6 人工透析 7 ペースメーカー 8 ストマ(人工肛門) 9 MRSA 10 疥癬 11 褥瘡 12 吸引 13 その他（ ）																								
入所の 必要性	在宅生活が 困難な理由 ※要介護1・2の方は 原則1～3のいずれか の理由が必要となり ます		◆特別養護老人ホームへの入所に対する必要性について、該当する項目の数字す べてに○をしてください。その他の理由がある場合は、理由を記入してください。 1 認知症により在宅生活が困難 2 知的障害・精神障害等を伴い在宅生活が困難 3 単身世帯、同居家族が高齢又は病弱等により家族等による支援が困難 4 身体状況の低下により在宅生活が困難 5 その他（ ）																							
			ご希望する施設の数字(1～25)のすべてに○をしてください。																							
希望施設 (複数選択可)	区内	区立	従来型 (主に多床室)	1 蒲田(令和7年12月から受け入れ停止・再開時期未定) 2 糀谷(令和6年4月から令和8年4月受け入れ停止) 3 たまがわ																						
		民立	従来型 (主に多床室)	4 羽田 5 池上 6 大森 7 好日苑(本館) 8 ゴールデン鶴亀ホーム 9 大田翔裕園 10 いずみえん																						
			ユニット型 (個室)	11 好日苑(新館) 12 フォレスト糀谷 13 千里 14 パタリール大森南 15 馬込 16 生寿園 17 花みずき 18 さくらのみち紫苑 19 ケアホーム千鳥 20 誠心園																						
	区外	民立	従来型 (主に多床室)	21 第二喜久松苑 22 愛生苑 23 第二徳寿園 24 第二カントリー青梅 25 愛全園																						
	第一希望施設 (区内のみ) (上記希望施設より 番号(1～20)と施設 名称を記入してく ださい。)			番号			施設名																			
			◆ 留意事項 ご記入の第一希望施設のみ加点します。その他の希望施設より評価 点数が高くなりますが、必ずしも第一希望施設に入所できるとは限りません。																							

	介護保険 被保険者番号	
主な介護者の状況	主に介護をされている方について、あてはまる項目の数字すべてに○をしてください。 ◆ 医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中で、退院・退所後に介護者となる親族等がいる場合は、「介護者がいる」の該当する項目の数字に○をしてください。 ◆ 「介護者」とは、入所希望者との同居、別居を問わず、日常的に介護を行っている親族等のことです。介護サービス事業者は該当しません。 ◆ 「身体・知的・精神障害者」については、手帳の交付を受けている場合、または医師の診断等により同程度の障害があると認められる場合です。(身体障害者については3級以上)	
	1 介護者がいない 介護者がいる 2 主な介護者は、要介護1～5のいずれかに認定されている 3 主な介護者は、要支援1・2のいずれかに認定されている 4 主な介護者は、身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている 5 主な介護者は、70歳以上である 6 主な介護者は、入所希望者以外にも要介護者、または身体・知的・精神障害者のいずれかに認定されている方を介護している 7 主な介護者は、一つの疾患について月に2回以上受診している 8 主な介護者は、一つの疾患について月に1回受診している 9 主な介護者は、未就学児を育児している 10 主な介護者は、週40時間以上(休憩時間を含む)の就業をしている 11 主な介護者は、週20時間以上40時間未満(休憩時間を含む)の就業をしている 12 主な介護者は、介護するために片道1時間以上かけて通っている 13 主な介護者の他に、介護を行う者がいない 14 どれにもあてはまらない	
住宅の状況	入所希望者の住宅について、あてはまる項目の数字すべてに○をしてください。 ◆ 「住宅がある」とは、持ち家・借家に関わらず、また医療機関や有料老人ホーム等に入院・入所中に関わらず、入所希望者が居住すべき家屋があることをいい、その家屋の構造により介護に支障がある場合を含みます。	
	1 住宅がない 住宅がある 2 立ち退きを求められている 3 入所希望者の居室が2階以上であり、エレベータや階段昇降機等がない 4 入所希望者の居室がない 5 入所希望者の居室と同じ階に、トイレや浴室がない 6 入所希望者の行動、心理症状により、近隣から苦情が出ている 7 どれにもあてはまらない	

		介護保険 被保険者番号							
認知症などによる症状	入所希望者の認知症などによる症状について、すべての項目の該当する数字に○をしてください。 介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。「身体状況」と比べ高い方の評価点数を加算します。 ◆ 「ない」とは、過去1ヶ月間に1度も現れたことがない場合やほとんど月1回以上の頻度では現れない場合をいいます。 ◆ 「ときどきある」とは、少なくとも1ヶ月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいいます。 ◆ 「ある」とは、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。								
	A	徘徊(室内を含む)	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		暴言や暴行がある	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		排泄物をいじる等の不潔な行動がある	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
	B	外出すると戻れない	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		介護に抵抗する	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		一人で外に出たがり、目が離せない	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		ひどい物忘れ	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
		転倒転落の危険があり、目が離せない	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
	C	物を盗られたなどと被害的になる	1	ない	2	ときどきある	3	ある	
作り話をする		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
昼夜の逆転がある		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
しつこく同じ話をする		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
大声や奇声を出す		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
色々な物を集めたり、無断でもってくる		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
物を壊したり、衣類を破いたりする		1	ない	2	ときどきある	3	ある		
身体状況	入所希望者の身体状況について、すべての項目の該当する数字に○をしてください。 介護支援専門員等と相談の上、介護保険の要介護認定基本調査の情報を参考に記入してください。「認知症などによる症状」と比べ高い方の評価点数を加算します。								
	入浴(清拭を含む)	1	介助されていない	2	一部介助	3	全介助		
	移乗	1	介助されていない	2	見守り等	3	一部介助	4	全介助
	移動	1	介助されていない	2	見守り等	3	一部介助	4	全介助
	寝返り	1	つかまらなくてできる	2	つかまればできる	3	できない		
	食事摂取	1	介助されていない	2	見守り等	3	一部介助	4	全介助
	排尿	1	介助されていない	2	見守り等	3	一部介助	4	全介助
	排便	1	介助されていない	2	見守り等	3	一部介助	4	全介助
在宅サービス	入所希望者の在宅サービスの利用状況について、あてはまる項目の数字に○をしてください。 ◆ 「在宅サービス」とは、訪問介護(ホームヘルプサービス)、通所介護(デイサービス)、訪問看護などの介護保険サービス、または紙おむつ等の支給などの区が実施する高齢者福祉サービスであって、在宅における生活を続けていくことを目的として利用しているものをいいます。 (入院中の方や介護保険施設、介護付き有料老人ホーム及びグループホームに入所中の方は「2 利用していない」になります。)								
	1 利用している		2 利用していない						

		介護保険 被保険者番号			
申込者	ふりがな				続柄
	氏名				
	住所	〒 -			
	固定電話			携帯電話	
申込者以外への連絡及び評価結果通知の送付を希望する場合は、下記に記入してください。					
連絡先(通知送付先)	ふりがな				続柄
	氏名				
	住所	〒 -			
	固定電話			携帯電話	
情報提供同意欄	大田区が、入所を希望する特別養護老人ホーム、及び地域包括支援センターに対して、本申込書(介護支援専門員等意見書を含む)の情報を提供することに同意します。 <u>本人署名</u> (代筆 入所希望者との関係)				
介護支援専門員等意見書	◆ この欄は、原則として介護支援専門員が記入してください。医療機関等に入院中で介護支援専門員が記入できない場合は、当該施設の相談員等が記入してください。 特別養護老人ホームへの入所の必要性、緊急を要する特別な事情、入所希望者を取り巻く状況などの記入にご協力ください。しかし、要介護1・2の方の場合は、特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難な理由を必ず記入してください。※最大文字数は500字です。 				
	記入者氏名			事業所	
	所在地			電話番号	()
	入所希望者の保険者が大田区以外の場合は、介護保険被保険者証の写しを添付してください。				

地域包括支援センター	地域福祉課	介護保険課