

東京都北区長殿

次のとおり申込みます。

令和 年 月 日

入所希望者			
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ー 電話番号 ( )		
要介護度	要介護	被保険者番号	
認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		

申込代行者	
フリガナ	入所希望者から見たご関係
氏名	
住所	〒 ー
電話番号	(自宅) (携帯)
連絡可能な時間帯	連絡のつく時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 午前9～12時 <input type="checkbox"/> 午後0～1時 <input type="checkbox"/> 午後1～4時 <input type="checkbox"/> 午後4～6時

上記以外の連絡可能な親族				
氏名	続柄	住所	電話	連絡時間帯
		〒		AM 時頃 PM 時頃
		〒		AM 時頃 PM 時頃

結果送付先 いずれかひとつにしてください(ケアマネジャーや友人には送付できません)

入所希望者 申込代行者 その他の親族( )

ケアマネジャーについて	担当のケアマネジャーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ケアマネジャーの氏名
	事業所名 電話番号

※以下は記入不要です<区処理欄>

次ページに続きます

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

申込 新・再

**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。

**入所希望者の居所** 該当する箇所に☑して記入してください

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 <input type="checkbox"/> その他( )			
	入院先名 入所先名		所在地	
	電話番号		相談員名	年 月頃 入院・入所
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 <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** 希望する施設のすべてに☑してください。

区内施設の多床室(※1)	区内施設のユニット型個室	区外施設
<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(※2) <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。

従来型個室を希望する場合は多床室の施設を☑し、声がかかった時に施設と相談してください。

(※2) 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申込みできます。

入所希望者氏名		記入年月日	年 月 日
記入者氏名		続柄	

**介護者の状況** 該当する箇所に☑してご記入ください(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**(基準日から数えた北区での継続居住期間) 該当する箇所に☑してください(最高30点)

3年未満  3年以上10年未満  10年以上

**介護期間**(基準日から数えた北区での要介護1以上の継続期間) 該当する箇所に☑してください(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)

なし  あり (次のあてはまるものすべてに☑してください)

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) )

2. 介護者の事情(最高5点)

なし  あり (次のあてはまるものすべてに☑してください)

本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり又は暴力を振るいそうになる

本人に対し思わず無視したり、放置したり又は放置したくなる

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

※申込み後、電話にて内容の確認を  
させていただく場合がございます

**入所希望** どちらかに☑してください

今すぐ入所したい

保留にしてほしい (保留理由: \_\_\_\_\_)

※入所を迷っている場合や万が一の時のために申込みたい場合は「保留にしてほしい」を選んでください。

※保留にしたあとで保留解除を希望されるときは、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** 該当する箇所☑してご記入ください

治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 病院名 _____ 主治医 _____ 先生 _____		
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (次のあてはまるものに☑してください) <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"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> 胃・整腸薬 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (次のあてはまるものに☑してください) <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"/> 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( _____ ) ※ 医療行為がなくなった場合は、高齢福祉課までご連絡ください		
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 症状があるが専門医を受診していない <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 <input type="checkbox"/> あり (新しい順にお書きください)		
	時期	病名(大きな病気などをご記入ください)	病院名
	年 月 頃		
	年 月 頃		

**日常生活の状況** 該当する箇所☑してご記入ください

	自分で可能	一部介助	全介助		なし	あり
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	オムツの使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	聴力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年金等の収入		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月額 _____ 万円)				

備考

職員チェック欄( \_\_\_\_\_ )

特別養護老人ホームの入所申込みのために、下記の事項に同意します。

記

1. 介護保険要介護要支援認定にかかる認定調査内容、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
2. 入所希望者の状況を確認するため、区が保有する住民記録の情報を確認すること
3. 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
4. 入所希望者の状況について、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
5. 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

令和 年 月 日

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_

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。**

その後に、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。

**※申込み後、北区以外の特別養護老人ホームに入所したときは、高齢福祉課高齢相談係**

**(電話 03-3908-9083)に必ずお電話ください。**