

# 豊島区特別養護老人ホーム入所申込書 (別紙1)

申込日 令和 年 月 日

## 重 要

- ① この入所申込は、申込時に添付した介護保険被保険者証の「認定の有効期間」と同一となります。更  
 新等により有効期間が変更となった場合は改めて入所申込をして頂く必要があります。  
 (入所申込者名簿からの削除については、入所申込有効期間の満了日から30日間は猶予されます)  
 ② 入所ご案内時に入所を保留された場合、当該施設については入所申込取り下げの扱いとなります。  
 (ただし、入院等特別な事情がある場合を除きます。)

### 入所申込施設

※ 申込をされるすべての施設に☑をつけてください。入所申込書は申し込みをされる施設ごとに送付する必要があります。

(従来型)

- 山吹の里  アトリエ村  風かおる里  
 菊かおる園  ゆたか苑  シオソとしま  
 池袋敬心苑

(ユニット型)

- 池袋ほんちよりの郷  千川の杜  東池袋桑の実園  
 ※ 「ユニット型」は個室のみの施設となります (多床室はありません)

(区外協定施設)

- 信愛の園  神明園  サルビア荘  
 至誠キートスホーム  ケアポート板橋  ケアホーム板橋

### 入所希望者

(ふりがな) 入所希望者氏名	介護度	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
電話番号	電話番号			

※ 「介護保険被保険者証」のコピーを必ず添付してください。

(ふりがな) 申込書記入者	続柄	
住所	〒	
電話番号	(日中連絡がとれる電話番号)	※ 「続柄」欄には、ケアマネジャーの場合は事業所名をご記入ください。それ以外の場合はご関係をご記入ください。

### 入所希望者の日常生活状況等

食 事	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立	排 泄	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 自立
移 動	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	(歩行・車椅子・歩行器・杖・シルバーカー)	<input type="checkbox"/> 自立			
障 害	無・有		「有」の場合の状況 →				
既往症 (病歴)							
医療行為 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 (ℓ/分)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃瘻)	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 透析					

### 施設記入欄

(施設名: )

受付日	令和 年 月 日	受付者
備 考		

在宅の方

※ 申込日現在で在宅で生活されている場合にご記入ください

(介護者の状況)

介護者  有  無

※ 以下は介護者が「有」の場合、該当に☑をご記入ください

- 介護者が高齢である (75歳以上)
- 遠方から通っている (片道1時間以上かかる)
- 複数の人を介護している
- 介護者が病気 (定期的に通院) もしくは要介護認定をうけており介護に支障がある。  
または介護者に障害がある (手帳所持)
- 働いているため日中は不在等、介護ができない状態
- 育児をしている (妊娠している・就学児童がいる)
- 介護を手伝う人がいない

(住まいの状況) ※ 住まいの状況について、該当に☑をご記入ください

- 立退きを迫られている  更新されない  介護上支障がある
- 特に問題なし

長期入院・入所している方

※ 申込日現在で1ヶ月以上の入院、入所されている場合にご記入ください

(入院、入所している機関)

- 病院 (病院名: \_\_\_\_\_)  老人保健施設 (施設名: \_\_\_\_\_)
- グループホーム (施設名: \_\_\_\_\_)  その他の施設 (施設名: \_\_\_\_\_)
- 介護療養型医療施設 (施設名: \_\_\_\_\_)

(状況)

- 退院・退所を迫られている ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日迄に)  戻る家がない
- 住宅に介護上支障がある  経済的に現在の病院・施設にはいられない
- 介護者がいないまたは住宅では困難なため長期入院・入所している

認知症の症状

認知症  有  無  認知症の診断  有  無  診断名 \_\_\_\_\_

※ 頻繁にみられる下記の症状に☑をご記入ください

- 妄想作話・幻聴幻覚  徘徊  奇声大声
- 火の不始末  異食  介護拒否
- うつ状態  攻撃的行動  自傷行為
- 重度の物忘れ  昼夜逆転・不眠  その他 ( \_\_\_\_\_ )

在宅サービスの利用状況

在宅サービスの利用	有・無	利用状況	担当者名	連絡先
担当ケアマネジャー	有・無			
居宅介護支援事業所名				

自由記載欄

※ 上記項目以外で特に考慮してほしいこと等をご記入ください

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。特別養護老人ホームがこの申込書にある内容を豊島区、高齢者総合相談センター、指定するケアマネジャー、申し込みをしたその他の特別養護老人ホームへ提供すること、及び情報を収集することに同意します。また、介護保険に関する業務で管理されている私の情報 (要介護度・資格の有無・所得段階) を利用することに同意します。

ご本人氏名 \_\_\_\_\_

代理人 \_\_\_\_\_