

入所希望者本人氏名 _____

該当する項目すべてに☑をしてください。

1・本人に関すること

① 現在の居場所について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし（同居・隣接等に家族がいない） ※2-②「家族・介護者の状況」の記載は不要です <input type="checkbox"/> 一人暮らし（隣接等に家族がいる） <input type="checkbox"/> 長期入院や他施設へ入所している等で、既に住まいを引き払って、帰る先がない ※1-②「本人の住宅の状況等」の記載は不要です <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の施設に入院、入所しているが経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを給付の限度額を超えて利用している
-----------------	--

② 住宅の状況等	※本人が病院・施設へ入所している場合も記入してください。 <input type="checkbox"/> 集合住宅の2階以上に住んでいるが、エレベーター等がない <input type="checkbox"/> 居室と同じ階にトイレや風呂がない（トイレや風呂のある階に居室を確保できない） <input type="checkbox"/> 部屋数がなく、同居者と同じ部屋で介護を受けている <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修が困難 <input type="checkbox"/> 緊急に立ち退きを迫られている 【具体的に _____】（立ち退き期限 年 月） <input type="checkbox"/> 上記に該当なし
-------------	---

◆「住宅の状況等」
 持ち家、アパート、借家を含みます。
 ・実際に暮らせない状態でも、引き払っていない場合は該当しません。
 ・補足事項があれば、【具体的に】の項目にご記入ください。
 ・緊急に立ち退きを迫られている場合は、必ず立ち退き期限をご記入ください。

③ 日常生活動作等に関して	・移動： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 ・食事： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・入浴： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排泄： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔 使用している排泄用品： <input type="checkbox"/> テープ式オムツ <input type="checkbox"/> パンツ式オムツ <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 〕 視力： <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない（身障手帳がある場合 種 級） 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない（身障手帳がある場合 種 級） 認知症状： <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状があるが受診無 <input type="checkbox"/> 症状があり受診している
------------------	---

④ 月以内の本人の行動について（過去3カ）	<table border="0"> <tr> <td>・一人で外出し、家に戻れない（徘徊）</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・大声・奇声・暴言・暴力的な行動</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・介護に抵抗する、拒否的</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・昼夜の逆転や睡眠障害などがある</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・一人で無理に動こうとして目が離せない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・物を盗られたなどの被害妄想がある</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・火の不始末等の不安</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・いろいろなものを集めたり無断で持ってくる</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・時間や場所がわからない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> </table>	・一人で外出し、家に戻れない（徘徊）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・大声・奇声・暴言・暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・介護に抵抗する、拒否的	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・昼夜の逆転や睡眠障害などがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・一人で無理に動こうとして目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・物を盗られたなどの被害妄想がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・火の不始末等の不安	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・いろいろなものを集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・時間や場所がわからない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない
・一人で外出し、家に戻れない（徘徊）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・大声・奇声・暴言・暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・介護に抵抗する、拒否的	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・昼夜の逆転や睡眠障害などがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・一人で無理に動こうとして目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・物を盗られたなどの被害妄想がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・火の不始末等の不安	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・いろいろなものを集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・時間や場所がわからない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						

◆「本人の行動について」
 認知症状がある・ないに関わらず、すべての項目について必ず☑してください。
 「ある」「ときどきある」の頻度については*を参照してください。

*「ある」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。
 *「ときどきある」は、少なくとも1か月に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます。

入所希望者本人氏名

⑤ 特別な医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()
⑥ 治療中の疾病	有 ・ 無 主な疾病名 ()
⑦ 介護支援専門員(ケアマネジャー)はいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員氏名： 事業所名： 事業所所在地 電話
⑧ 主治医はどなたですか	医療機関名 主治医名
	医療機関所在地 電話
⑨ 成年後見人制度の後見人等はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 申請中
	<input type="checkbox"/> いる ⇒ <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人
	氏名 住所 電話

2. 家族・介護者に関すること

① 家族について	主な介護者	氏名	続柄	年齢	同居・別居	住所(本人と同じ場合不要)
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	

◆「家族について」
 自宅での同居家族や、別居家族についてご記入ください。

② 家族・介護者の状況	<同居・隣接・同一敷地内・同一マンション内等のご家族について> <input type="checkbox"/> 70歳以上である <input type="checkbox"/> 週20時間以上働いている(週 時間) <input type="checkbox"/> 介護を理由に就労していない <input type="checkbox"/> 日中は不在で介護できない(不在理由) <input type="checkbox"/> 複数の方を介護している(具体的に) <input type="checkbox"/> 就学前の子供を育児している(歳) <input type="checkbox"/> 介護者の精神的負担が大きく本人に対して攻撃的な行動に出る、または出そうになる <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 病気で月1回以上通院している (病名) (通院先) <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている(要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) ←○をつける <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳を持っている ※該当する場合は介護保険被保険者証、各種手帳・医療受給証のコピーを必ず添付してください (手帳 種 級)
	<input type="checkbox"/> 上記に該当があり、入所希望者本人と二人暮らしである

◆「家族・介護者の状況」
 主たる介護者だけでなく、同居等している家族全員が対象です。
 同居等の家族が、介護認定を受けている、身体障害者手帳、難病の医療受給者証などを持っている場合は、必ず手帳等のコピーを添付してください。
 ※入所希望者本人の状況ではありませんのでご注意ください。

※ 記入は以上になります。提出前にコピー(控え)をお取りください。

申込書の提出先は、特別養護老人ホームの窓口になります。区役所・ケア24では受付できません。