

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	☐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 ☐一人暮らし（隣接等に家族がいる） ☐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いて、帰る先がない ※1－②「住宅の状況等」の記載は不要です ☐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 ☐他の施設に入院、入所しているが経済的負担が大きい ☐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。 ☐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 ☐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） ☐部屋数がなく、同居者と同じ部屋で介護を受けている ☐介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修が困難 ☐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） ☐上記に該当なし
③ 日常生活動作等	・移動：☐自分で可 ☐一部介助 ☐全介助 ☐杖を使用 ☐歩行器を使用 ☐車椅子 ・食事：☐自分で可 ☐一部介助 ☐全介助 ・入浴：☐自分で可 ☐一部介助 ☐全介助 ・排泄：☐自分で可 ☐一部介助 ☐全介助 （ 使用している排泄用品：☐ テープ式オムツ ☐ パンツ式オムツ ☐ 尿とりパッド ☐ ポータブルトイレ ☐ その他（ ） 視力：☐見える ☐見えにくい ☐全く見えない（身障手帳がある場合 種 級） 聴力：☐聞こえる ☐聞こえにくい ☐全く聞こえない（身障手帳がある場合 種 級） 認知症状：☐症状なし ☐症状があるが受診無 ☐症状があり受診している
④ （過去3か月以内の状況） 本人の行動等	・ 一人で外出し、家に戻れない（道に迷う） ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 大声・奇声・暴言・暴力的な行動 ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む） ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 介護に抵抗する，拒否的 ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 昼夜の逆転や睡眠障害などがある ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 一人で無理に動こうとして目が離せない ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 物を盗られたなどの被害妄想がある ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 火の不始末等の不安 ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ いろいろなものを集めたり無断で持ってくる ☐ある ☐ときどきある ☐ない ・ 時間や場所がわからない ☐ある ☐ときどきある ☐ない

*「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か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます。

入所申込者状況票の記入方法

（該当する項目すべてに必ず☑してください。）

◆現在の居場所

入院中の方は入院前の自宅や施設についてご記入ください。
在宅で介護ができない状況は「帰る先がない」にはあたりません。

◆住宅の状況等（持ち家、アパート、借家など自宅の状況）

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。

◆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。
*「ときどきある」は、少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度。

⑤ 特別な医療の状況	☐ 胃ろう ☐ インスリン ☐ 尿道留置カテーテル ^{じょくそう} ☐ 人工肛門 ☐ ペースメーカー ☐ 痰の吸引 ☐ 褥瘡（床ずれ） ☐ 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）	☐ いる ☐ 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	医療機関名 主治医名
	医療機関所在地 電話
⑨ 成年後見制度の後見人等	☐ いない ☐ 申請中
	☐ いる ⇒ ☐ 成年後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ 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）
	☐				同・別	
	☐				同・別	
	☐				同・別	
	☐				同・別	

◆家族について

同居・別居にかかわらず、ご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＞	
	☐ 70歳以上である	
	☐ 週20時間以上働いている（週 時間）	
	☐ 介護を理由に就労していない	
	☐ 日中は不在で介護できない（不在理由 ）	
	☐ 複数の方を介護している（具体的に ）	
	☐ 就学前の子供を育児している（ 歳）	
	☐ 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	
	☐ 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	
	☐ 病気で月1回以上通院している （病名） （通院先）	
☐ 家族・介護者が介護認定を受けている	（要支援 1・2／要介護 1・2・3・4・5）※ <u>要コピー添付</u>	
☐ 家族・介護者が身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳を持っている	（ 手帳 種 級/度）※ <u>要コピー添付</u>	
☐ 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、身体障害者手帳などを持っている場合は、必ず介護保険被保険者証や障害者手帳等のコピーを添付してください。

注意:入所希望者本人の状況ではありません。

※ 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です。区役所・ケア24では受付できません。