第2号様式(表)	特別養護老人	ホーム	入所由认	老状况
77 C 7 1 X AL \ 1X /	- 141 カリ ラ 0マインノ		/\/I/I T	* O 'W\

入所希望者本人氏名

該当する項目すべてに図をしてください。

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 □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 ※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 □他の施設に入院、入所しているが経済的負担が大 □介護保険の居宅サービスを給付の限度額を超えて	いを引き払っていて、帰る先がない での介護が困難 こきい	•
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 □集合住宅の2階以上に住んでいるが、エレベータ □居室と同じ階にトイレや風呂がない(トイレや風 □部屋数がなく、同居者と同じ部屋で介護を受けて □介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修 □緊急に立ち退きを迫られている 【具体的に □上記に該当なし	'一等がない 呂のある階に居室を確保できない) 	
③日常生活動作等	・移動:□自分で可 □一部介助 □全介助 □杖 ・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 □ ルータブルトイレ □ ポータブルトイレ □ 視力:□見える □見えにくい □全く見えない 聴力:□聞こえる □聞こえにくい □全く聞こえない 認知症状:□症状なし □症状があるが受診無 □	パンツ式オムツ □ 尿とりパッド] その他() (身障手帳がある場合 種 級) い(身障手帳がある場合 種 級)	
④ 本 人 の 行 動 等	・一人で外出し、家に戻れない(道に迷う) ・大声・奇声・暴言・暴力的な行動 ・排泄物をいじる等の不衛生な行動(異食含む) ・介護に抵抗する,拒否的 ・昼夜の逆転や睡眠障害などがある ・一人で無理に動こうとして目が離せない ・物を盗られたなどの被害妄想がある ・火の不始末等の不安 ・いろいろなものを集めたり無断で持ってくる ・時間や場所がわからない	□ある □ときどきある □ないいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいいい	←

- *「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、<u>必ず</u>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。

	様式(裏) 望者本人氏	名						
	別な医療の 況		インスリペースメ			留置カテーテル _{でよくそう} 吸引 □ 褥瘡 (床ずれ)		
⑥ 治療	療中の疾病	有 ・ 無 主な疾病名()		
	雙支援専門員 マネジャー)	□いる □いない 介護支援専門員氏々 事業所名 事業所所在地	名			電話		
8 主 治 医		事業所所任地 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				1	
		□いる ⇒□成年行	 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	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)		
①家族につ					同・別			◆家族について
					同・別			同居・別居にかかわらず、ご家族についてご記入ください。
いて					同·別 同·別			
	<u> </u>	 	ヨ _マン/	2/72/		三体についてへ	<u> </u>	
□ 7 0 g i i i i i i i i i i i i i i i i i i	□70歳↓			ノョン 時間)	いきのころ			◆家族・介護者の状況
	7	理由に就労していない						主たる介護者だけではなく、同居等している家族全員が対象で
	□複数のプ	F在で介護できない 方を介護している(♪ D子供を育児している	具体的に))	-	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
	□介護者の	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 者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない で月1回以上通院している (病名) (通院先)				できない		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。
	□家族・ク (要支担	↑護者が介護認定を受 爰 1・2/要介護	受けてい <i>。</i> 1・2・	る 3・4	· 5) <u>*</u>			
	(手帳	種	級/度)	<u>※ 要⊐ t</u>	<u> </u>		

※ <u>提出前にコピー(控え)をお取りください。</u>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 2 4 では受付できません。

□上記に該当があり、入所希望者本人と二人暮らしである