

目黒区特別養護老人ホーム入所申込書 (新規 ・ 変更)

※該当するものを または で囲んでください。
 ※状況変更届の場合は二重枠内 (入所申込者氏名・住所及び同意欄) と変更のある項目をご記入ください。

令和 ○年 ○月 ○日

介護保険 被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
入所申込者	ふりがな	めぐろ たろう				明大	昭					
	氏名	目黒 太郎				生年月日	6年 1月 1日		性別	男		
	住所	〒 153 - 8573 目黒区 上目黒 2 丁目 19 番 15 号 方										
申込代理人	氏名	目黒 花子		続柄	次女		日中	03-3715-1111				
	住所	〒 142 - 0061 品川区小山台1丁目2番3号					連絡先	夜間	03-3715-1111			
		〇〇マンション501						携帯	090-1234-5678			
親族の状況	氏名	続柄	年齢	住所			連絡先					
	目黒 一郎	長男	55	札幌市雪区1条1丁目			011-123-4567					
	東京 二三子	長女	52	長崎市雨区1条1丁目			090-891-2345					
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 / 本人・家族							マル障医療				
年金受給	<input checked="" type="checkbox"/> 受けている (厚生 年金・月額 約 150,000 円) / <input type="checkbox"/> 受けていない											
身体障害者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1級		障害名 (慢性腎不全)							

要介護度	1	2	3	4	5	認定有効期限	R8.4.1 ~ R13.3.31				
要介護度1・2の方への要件	ア 認知症である方であって、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見られる。 (具体的に 例: 毎晩大声や奇声を上げる、不潔行為や異食行動が日常的に見られる 等)										
	ウ 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										
	エ 単身世帯である、同居家族が高齢又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不十分である。 (具体的に 例: 単身世帯であり、常時見守りが必要だが在宅サービスのみでは生活が困難である 等)										

要介護度が1または2の方は、ア～エの該当する項目に丸をし、具体的な状況をご記入ください。

(本人の状況について)

※本人の認知症状について	<input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に） <input type="checkbox"/> 認知症状はない				
※主な病歴	R2年1月からR3年4月まで現在	病名	脳梗塞	病院	目黒第一病院
医療行為の有無	<input type="checkbox"/> 胃ろう射 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> インシュリン注 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（) <input checked="" type="checkbox"/> 医療行為はない				

(ご自宅の状況について)

お住まいについて	今のお住まいは、 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅（借家・アパート含む） <input type="checkbox"/> 自宅以外 【以下の項目について該当するものがある場合は<input checked="" type="checkbox"/>チェックをしてください。】 <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている。（立ち退き期限： 年 月ごろ） <input type="checkbox"/> 入院中・入所中であり、住居を引き払っているため戻る家がない。 <input type="checkbox"/> 住んだことがなく、住民票のみ置いている。
※介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input checked="" type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> その他（具体的に)

(現在受けていらっしゃる介護サービス等の状況について)

※ご自宅以外での介護や治療	現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> その他 （病院・施設の名称 老人保健施設 あかさた目黒)
※ケアプランなどについて	ケアプランを <input checked="" type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネジャーは、 <input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
※担当ケアマネジャー	事業所名（ いろはケアセンター ） 氏名（ いろは 太郎 ） 電話 03 （ 234 ） 5678

(世帯構成について)

※入院・入所中の際は、自宅に戻った場合を想定してご記入ください。

- ひとり暮らし
- ご夫婦のみ（相手の方のご年齢 **88** 歳）
- 他に同居人がいる【隣接・同一敷地内を含む】
（具体的に _____）

(介護者の状況)

※同居人がいる（隣接・同一敷地内を含む）場合は、「介護する方は、いる」となります。
※入院・入所中の際は、自宅に戻った場合を想定してご記入ください。

- 介護する方は、いない
- 介護する方は、いる（氏名：**目黒 春子** 続柄：**妻**）

【「いる」と答えた方は、介護者について下記の項目で該当するものがあればチェックをしてください。（複数可）】

- 70歳以上
- 病気治療中（病名：**糖尿病** 通院頻度：**1** 回/月・週）
- 障害者手帳等を所持
（種 級・度 /障害名： _____）
- 要介護2～5（要介護度： _____）
- 本人以外にも要介護者・障害者等の介護をしている
（介護を受けている方の氏名： _____ 続柄： _____）
（要介護度： _____ /障害 種 級・度/障害名： _____）
- 小学生以下の子どもを養育中
- 就労あり（週合計 _____ 時間勤務）
- 介護を理由に休職中

(介護者を手伝う方の状況)

- 介護者を手伝う方は、いない
- 介護者を手伝う方は、いる（氏名： _____ 続柄： _____）

【「いる」と答えた方は、介護者を手伝う方について、下記の項目で該当するものがあればチェックをしてください。（複数可）】

- 70歳以上
- 病気治療中（病名： _____ 通院頻度： _____ 回/月・週）
- 障害者手帳等を所持
（種 級・度 /障害名： _____）
- 要介護2～5（要介護度： _____）
- 本人以外にも要介護者・障害者等の介護をしている
（介護を受けている方の氏名： _____ 続柄： _____）
（要介護度： _____ /障害 種 級・度/障害名： _____）
- 小学生以下の子どもを養育中
- 就労あり（週合計 _____ 時間勤務）
- その他
（具体的に _____）

(希望施設について)

入所希望施設	<ul style="list-style-type: none"> 区内、区外合わせて6か所まで希望できます。 入所を希望される施設のみ○を付けてください。 						<p>希望施設に○をしてください。最高6か所まで可能ですが、希望の施設のみにしてください。</p>	
	【区内】		施設名		施設名			施設名
	タイプ	従来型多床室	区立 中目黒		区立 東が丘			区立 東山
			清徳苑		駒場苑			青葉台さくら苑
	ユニット型個室	目黒中央の家		こぶしえん		さんホーム目黒		
		(仮称) 駒場二丁目国有地特別養護老人ホーム (令和9年1月開所)						
	【区外】		施設名		施設名			施設名
			青梅天使園		はるびの郷			シルバーコート丹三郎
			第2サンシャインビラ		ヨコタホーム			栄光の杜
			日の出紫苑		藤香苑			諏訪の森
		草花苑		ひらお苑		もくせいの苑		
		第2カントリービラ青梅		成蹊園				

特記事項	その他ございましたらご記入ください。
------	--------------------

◎同意欄

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所のために必要があるときは、介護保険に関する情報（介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の情報及び介護サービスの利用状況）を関係機関に照会すること、また、本申込書に記載されている内容及び介護保険に関する情報の全部又は一部を目黒区から介護老人福祉施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名 **目黒 太郎**

注意 ①※は、参考のためにご記入していただく項目で、優先度の判断基準ではありません。
 ②上記以外の特別養護老人ホームに入所された場合、入所申込を取り下げたものとみなしますのでご了承ください。
 ◎同意欄は、必ずご記入ください。（入所者ご本人名で代筆可）

事務処理欄	■申込受理日 (/) ■受付者 包括支援センター 北部・東部・中央・南部・西部 () ■包括からの連絡事項
-------	---