

記入日
年 月 日
— — —

受付
年 月 日
— — —

施設長 殿

渋谷区指定介護老人福祉施設等入所申込書

入所する方の

生年月日
 氏名 フリガナ 明治 大正 昭和
 年 月 日
 男・女
 〒 —

住所 渋谷区
 渋谷区在住期間： 30年以上 ・ 10～29年 ・ 1～9年
 TEL — —

介護保険被保険者番号

渋谷-131136
 その他

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態 要介護5 ・ 要介護4 ・ 要介護3 ・ 要介護2 ・ 要介護1

要介護認定の有効期間 *この申込書は、要介護認定の有効期間↓まで有効です。

年 月 日 から 年 月 日 まで

記入者（本人と同じであれば、省略できます。）

氏名 フリガナ 続柄 電話 — —
 〒 —

住所 電話 — —

その他連絡先（本人、記入者のほか連絡先がある場合に記入）

氏名 フリガナ 電話 — —
 〒 —

住所 電話 — —

ケアマネジャー、地域包括支援センターの担当者がいる場合は必ず記入してください。

ケアマネジャー	地域包括支援センター
担当者名 _____	担当者名 _____
事業所名 _____	豊沢・新橋 パール ひがし健康プラザ 高齢者ケアセンター 富ヶ谷・上原 ケアコミュニティ・せせらぎ あやめの苑・代々木 ケアステーション本町 ケアステーション笹幡 千駄ヶ谷・北参道 ケアコミュニティ・原宿の丘
TEL _____	

裏面も記入してください

《希望する施設をお選びください。(施設を○で囲んでください。)》

区内施設(複数選択可)		区外協力施設(複数選択可)	
けやきの苑・西原	あやめの苑・代々木	和楽ホーム	※聖明園寿荘
パール代官山	つるとかめ	第二喜久松苑	大洋園
美竹の丘・しぶや	レクロス広尾	愛生苑	ひらお苑
杜の風・上原		草花苑	諏訪の森
総合ケアコミュニティ・せせらぎ(地域密着型)		もくせいの苑	羽生の里
第六特別養護老人ホーム(平成30年5月開設予定)		神明園	愛全園
		ファミリーイン堀之内	

※聖明園寿荘は盲老人専門の施設です。

★総合ケアコミュニティ・せせらぎは渋谷区に住民登録をしている方が対象となります。

ご本人の生活場所(該当する項目を○で囲んでください。)

- ・自宅(又は親族等居宅)・病院・介護療養型医療施設・介護老人保健施設・養護老人ホーム
 - ・グループホーム・有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅・軽費老人ホーム・その他()
- (施設名) (所在地) (☎)

ご本人の状態(該当する項目を○で囲んでください。) ※医療処置等により、受け入れできない施設があります。

医療処置 なし・あり

- ・感染症()・疥癬・中心静脈栄養・人工呼吸
- ・人工透析・人工肛門・在宅酸素・気管切開・留置カテーテル
- ・経管栄養(胃ろう・経鼻)・インシュリン注射・褥瘡・ペースメーカー
- ・喀痰吸引・点滴管理・その他()

服薬 なし・あり()

問題行動 なし・あり

- ・徘徊・不眠、昼夜逆転・暴力行為・不潔行為・異食
- ・大声、奇声・幻覚、幻聴・介護への抵抗・その他()

ADL(日常生活動作)

- | | | | |
|-----|-------|----------|--------|
| 移動 | 1 自立 | 2 一部介助 | 3 全介助 |
| 意思 | 1 通じる | 2 ほぼ通じない | 3 通じない |
| 食事 | 1 自立 | 2 一部介助 | 3 全介助 |
| 排泄 | 1 自立 | 2 一部介助 | 3 全介助 |
| おむつ | 1 なし | 2 夜のみ | 3 昼夜 |
| 更衣 | 1 自立 | 2 一部介助 | 3 全介助 |
| 入浴 | 1 自立 | 2 一部介助 | 3 全介助 |

病歴

- ・(病名) (医療機関名) (期間 ~)
- ・(病名) (医療機関名) (期間 ~)
- ・(病名) (医療機関名) (期間 ~)

- ・私は、渋谷区指定介護老人福祉施設入所に関する指針の内容について説明を受け、入所申込みから入所決定までの手続きを理解しました。
- ・私は、本書記載内容について事実と相違ないことを誓約し、事実と異なる内容があった場合、施設又は渋谷区において訂正を行うことに同意します。
- ・私は、本申込書、添付書類、介護保険に関する情報、その他渋谷区が保有する情報を優先度評価、入所調整、その他高齢者福祉施策等のために渋谷区、対象施設、地域包括支援センター、担当ケアマネジャーその他関連する機関で共有することに同意します。

年 月 日

氏名

㊞

裏面も記入してください

渋谷区指定介護老人福祉施設等入所申込書

調査書（ご本人、介護者の方についてお伺いします。

必要事項を記入、又は該当する項目を○で囲んでください。）

<p>【入所希望理由欄】 ご自由にお書きください。 ※要介護1・2の方は、右側の質問に必ず回答してください。</p>	<p>要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目にチェック☑をしてください。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である<input type="checkbox"/> 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 <hr/> <p>認知症性高齢者自立度 (該当する項目を○で囲んでください。)</p> <p>自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M</p>
---	---

1

ご本人は
今どこで暮らしていますか

① 自宅で ② 施設で

2

ご家族の状況について

① 介護する人はいる
(3, 4①～⑧の欄を記入してください)

② ひとり暮らしで、
介護する人が全くいない
(3の欄を記入してください)

① ※身寄りがある
(3, 4⑨の欄を記入してください)

② 身寄りがない
(3の欄を記入してください)

3

家の立ち退きや施設等での退所や退院を求められていますか

① 求められていない ○ 求められている

② 求められていると答えられた方におたずねします
② 戻るところがある ③ 戻るところがない

※身寄りがあるとは
相談、手続き等で対応がで
きる親族がいる場合をいう。

表面も記入してください

※記入漏れがある場合には、ポイントに反映されないことがありますので、必ずご記入下さい。
※申込書には、必ず本人の介護保険被保険者証の写しを添付してください。

4

主に介護をしている方の

氏名 _____ 続柄 _____ 生年月日 _____

住所 _____



主に介護をしている方について、うかがいます

(ご本人が自宅の場合は①～⑧を、施設の場合は⑨のみを回答してください。)

① 介護のための通う時間が片道1時間以上ですか はい ・ いいえ

② 他の人を、介護していますか はい ・ いいえ
その方の続柄 _____ ←

③ 小学生以下の子を育児していますか はい ・ いいえ
生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ←

④ 体の具合が悪く定期的に1週間に1回以上、通院し治療していますか
はい ・ いいえ

⑤ 身体障害者手帳、愛の手帳や⑥医療券(難病医療)を持っていますか
はい ・ いいえ

⑥ 介護保険で「要介護」または「要支援」と認定を受けていますか
はい ・ いいえ

⑦ 1週間に3回以上働きながら介護をしていますか
勤務先 _____ ・ 自営 _____ ←

⑧ 介護を手伝う人がいますか はい ・ いいえ
その方の氏名 _____ 続柄 _____ ←

⑨ 介護のために1週間に1回以上、本人が入所(院)している施設に通っていますか
はい ・ いいえ

洗濯物の交換 食事の介助 入浴や着替えの手伝い
その他(_____) ←

表面も記入してください