

主たる介護者	(フリガナ) 氏名 OO △	(マルマル サンカク) 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 生年月日 明・大・昭 6年1月1日 年齢 (○□ 歳)	
	同居の区分 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒ 住所 〒_____ 電話 () _____		
	入所申込者(本人)との関係 妻		
家族や住居等の状況	<p>◆下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします(複数回答可)。</p> <p><input type="checkbox"/>身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/>主たる介護者が遠方または病気で長期入院中。 <input checked="" type="checkbox"/>主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中。 <input type="checkbox"/>主たる介護者が就業しており、なおかつ育児中もしくは複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/>主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる。 <input type="checkbox"/>主たる介護者が就業している。 <input type="checkbox"/>上記のどれにもあてはまらない。</p>		
	<p>この申請書の入所申込者(要介護3以上)に対する在宅での介護期間又は年数 年月～年月()年間</p>		
	<p>◆介護をしている上で特に困っていることがあればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>この申請書の入所申込者に対する在宅での介護期間のエピソード等 妻は高齢のため、自分の生活だけでも手が一杯である。生活は自立できているものの、糖尿病を患っていて、自分の通院と夫の介護を両立することは難しい。留守の間はヘルパーをお願いしているが、夜間などの夫の認知症への対応に疲れきっている。</p>		
	お住まいについて	<p>今の住まいは ⇒<input checked="" type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ⇒<input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない その他 ⇒<input type="checkbox"/>立ち退きを迫られている <input checked="" type="checkbox"/>家屋の老朽化が著しい</p>	
	介護をする上で住宅の問題点	<p><input checked="" 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</p> <p>◆上記以外の問題点があればご記入ください。 [アパートの2階に住んでいるが、通院時に1階におろすのに手間がかかる]</p>	
	他施設の申込状況	<p><input type="checkbox"/>当該施設のみ申込みしている。 <input type="checkbox"/>他の市内の介護福祉施設に申込みしている。 ⇒<input checked="" type="checkbox"/>吉祥寺ナーシングホーム <input type="checkbox"/>ケアコート武蔵野 <input checked="" type="checkbox"/>めぐみ園 <input type="checkbox"/>尚和緑寿 <input type="checkbox"/>小松原園 <input type="checkbox"/>清快園</p> <p>◆上記以外の施設があればご記入ください。 []</p> <p>この欄は、施設を申込むことになった理由や、他の欄では書ききれなかった介護の大変さなどを記入していただく欄です。こちらに記入していただくことで、緊急度など特別な事由と認められ、考慮されることもありますので、できるだけ記入をしてください。</p>	
申込理由特記すべき事項	<p>子ども達も子育てや日中仕事をしており、介護に協力することが難しい。 また、本人が子どもたちからの介護を拒否している。 同居の妻も体がすぐれないため、在宅での介護は厳しい状況だ。このままでは、共倒れとなってしまうため、施設に申込みました。</p>		

担当 ケアマネジャー	事業所名 むさしの〇〇〇 居宅介護支援事業所
	氏名 □□ △△子 連絡先 電話 0422(51)5131

情報提供に関する 入所申込者(本人) の同意確認欄	私は、入所申込施設が、①武蔵野市から私の介護専門員から情報を受けることに同意します。 印鑑の捺印をお願いします。 印
<p>入所申込者ご本人のお名前を ご記入ください(印字不可)。 (和暦) 〇年 〇月 〇日 2日 氏名 OO △</p>	

*要介護1又は2について、別紙様式4を添付してください。

(様式1)		武蔵野市介護老人福祉施設 入所申込書兼調査票(標準様式)																			
申込日・届出日	(和暦)〇〇年 4月 2日		申込区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> その他[]																	
受付日	年 月 日	担当者名		受付番号																	
○ ○ ○ ○ 施設長 殿			この欄は記入しない																		
申請者(連絡先)																					
住所	〒180-0012 武蔵野市○町2-2-28																				
(フリガナ) 氏名	(マルマル シカクロウ) OO □郎	続柄	子(長男)	連絡先	自宅 0422-60-1846 携帯 0X0-XXXX-X-XXX																
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所したいので、入所申込書兼調査票を提出します。																					
入所申込者(本人)の基本情報	(フリガナ) 氏名	(マルマル サンカク) OO △	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																	
	現住所	〒180-8777 東京都武蔵野市○町2-2-28																			
	生年月日	明・大・昭 5年 1月 1日 (○△ 歳)																			
	障害手帳等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 手帳の種類 _____ (障害名) (判定 級(度) 年月日)																			
	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9																			
	要介護認定 と認定期間	要介護3・4・5 (認定期間) ※(要介護1・2) (和暦)〇年 1月 1日～(和暦)〇年 12月 31日																			
	現在利用 している施設 サービス等	<p>□自宅で暮らしている。 <input checked="" type="checkbox"/>施設・医療機関等に入所・入院している。(下記欄も記入)</p> <table border="1"> <tr> <td>施設(病院)名 介護老人保健施設</td> <td>〇〇園</td> <td>入所(院)日 (和暦) □年 3月 3日～</td> </tr> <tr> <td colspan="3">住所 東京都〇〇区△△町1-2-3</td> </tr> <tr> <td colspan="3">電話 03(1111)1111</td> </tr> </table>					施設(病院)名 介護老人保健施設	〇〇園	入所(院)日 (和暦) □年 3月 3日～	住所 東京都〇〇区△△町1-2-3			電話 03(1111)1111								
	施設(病院)名 介護老人保健施設	〇〇園	入所(院)日 (和暦) □年 3月 3日～																		
	住所 東京都〇〇区△△町1-2-3																				
電話 03(1111)1111																					
入所申込者(本人) の状況	<p>◆下記の項目で、いずれか一つ該当するものにレ点チェックをお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/>日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input checked="" type="checkbox"/>日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/>日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/>著しい精神症状や周辺症状が見られ、専門治療を必要とする。 ◆その他、記載すべき特記事項があればご記入ください。 [物盗られ妄想が激しく、介護者に対して攻撃的になる。抵抗有。また、麻痺があり歩行には支えが必要なのに、勝手に歩こうとしてしまう。転倒の危険性があり、家族は目が離せない。]</p>																				
医療的処置	<p>□尿管カテーテル <input type="checkbox"/>ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/>経管栄養(経鼻・経腸・胃瘻・食道瘻) <input type="checkbox"/>酸素療法 <input checked="" type="checkbox"/>インシクリン注射 ◆その他()</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>現在の病気治療中</th> <th>病名</th> <th>入院・通院履歴</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>脳梗塞後遺症</td> <td>A病院</td> <td></td> <td>(和暦)〇年 △月～</td> </tr> <tr> <td>糖尿病</td> <td>B病院</td> <td></td> <td>(和暦)〇年 ○月～</td> </tr> <tr> <td>アルツハイマー型認知症</td> <td>A病院</td> <td></td> <td>(和暦)〇年 □月～</td> </tr> </tbody> </table>					現在の病気治療中	病名	入院・通院履歴	期間	脳梗塞後遺症	A病院		(和暦)〇年 △月～	糖尿病	B病院		(和暦)〇年 ○月～	アルツハイマー型認知症	A病院		(和暦)〇年 □月～
現在の病気治療中	病名	入院・通院履歴	期間																		
脳梗塞後遺症	A病院		(和暦)〇年 △月～																		
糖尿病	B病院		(和暦)〇年 ○月～																		
アルツハイマー型認知症	A病院		(和暦)〇年 □月～																		