

受付日
年 月 日

施設長 殿

新規申込・変更申込

渋谷区指定介護老人福祉施設等入所申込書

《希望する施設を○で囲み、区内施設は（ ）内に希望順位をご記入ください。》
 ※お申込みの際は、事前に施設へ連絡の上、お申込みください。なお、既に指定介護老人福祉施設に入所されている方は、お申込みできませんのでご注意ください。

(希望順位)	区内施設(複数選択可)	区外協力施設(複数選択可)
(一)	★けやきの苑・西原(従来型個室・多床室)	・和楽ホーム
()	あやめの苑・代々木(従来型個室・多床室)	・聖明園寿荘※
()	パール代官山(従来型個室・多床室)	・もくせいの苑
()	つるとかめ(従来型個室)	・第二喜久松苑
()	美竹の丘・しぶや(ユニット型個室)	・羽生の里
()	レクロス広尾(ユニット型個室)	・大洋園
()	杜の風・上原(ユニット型個室)	・神明園
()	☆総合ケアコミュニティ・せせらぎ(従来型個室・多床室)	・愛生苑
()	つばめの里・本町東(ユニット型個室)	・ファミリーイン堀之内
()	かなみの杜・渋谷(ユニット型個室)	・ひらお苑
		・愛全園
		・草花苑

※聖明園寿荘は盲老人専門の施設です。

★けやきの苑・西原は大規模改修工事を予定しているため、新規入所の申込みができません。

☆総合ケアコミュニティ・せせらぎは保険者が「渋谷区」の方が対象となります。

①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・高齢者施設(老健・グループホーム・介護医療院・介護療養型医療施設・軽費老人ホーム・有料老人ホーム)・サービス付き高齢者向け住宅・その他()
 (施設名) (所在地) (☎)

②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。

<p>医療処置 なし・あり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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() <p>問題行動 なし・あり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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() 	<p>病歴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(病名) (医療機関名) (期間 ~) ・(病名) (医療機関名) (期間 ~)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

施設記載欄 ※区分変更中 はい・いいえ

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、希望施設、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 本人氏名 (印)

入所するご本人の 生年月日

氏名 フリガナ _____ 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 ・ 1年未満または在住歴なし

☎ _____

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

※現在、区分変更中の場合はチェックしてください → 区分変更中

要介護認定の有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで

利用者負担の割合 1割 ・ 2割 ・ 3割

連絡者①

氏名 フリガナ _____ 続柄 _____

〒 _____ 電話① _____

住所 _____ 電話② _____

連絡者②

氏名 フリガナ _____ 続柄 _____

〒 _____ 電話① _____

住所 _____ 電話② _____

ケアマネジャー又は地域包括支援センターの担当者があ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
事業所名 _____	地域包括支援センター名 _____
担当者名 _____	担当者名 _____
☎ _____	

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

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。

入所希望理由

※ 要介護1又は2の方はお答えください。

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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

認知症高齢者の日常生活自立度
(該当する項目を○で囲んでください。)
自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

1. 表面①「ご本人の生活場所」にて**病院**又は**高齢者施設**を選んだ方は以下の設問にお答えください。

ご家族の状況について

① ※身寄りがある ② 身寄りがない

①退所・退院を求められていますか

① 求められていない ② 求められている

「求められている」を選んだ方は以下にお答えください。 ↓

②退所後に戻るところがありますか

① 戻るところがある ② 戻るところがない

③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

① はい ② いいえ

※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います。

※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。
 ※申込者の都合により入所を辞退された場合は、特別な事由がある場合を除き、その施設の名簿から削除いたします。

2. 表面①「ご本人の生活場所」にて**自宅**又は**サービス付き高齢者向け住宅**を選んだ方は以下の設問にお答えください。

ご家族の状況について

① 介護する人がいる ② 一人暮らしで、介護する人が全くいない

①家の立ち退き求められていますか

① 求められていない ② 求められている

「求められている」を選んだ方は以下にお答えください。 ↓

②立ち退き後に戻るところがありますか

① 戻るところがある ② 戻るところがない

「ご家族の状況について」にて「①介護する人がいる」を選んだ方は以下にお答えください。

主に介護をしている方について

氏名 _____ 続柄 _____ 生年月日 _____
(M) (T) (S) (H) 年 月 日

住所 _____

①介護のために通う時間が片道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

③小学生以下の子どもを育児していますか はい・いいえ

④体の具合が悪く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」又は「要支援」と認定を受けていますか はい・いいえ

⑦1週間に3回以上働きながら介護をしていますか はい・いいえ

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 _____