

障害者支援施設 施設入所利用申込書

年 月 日

武蔵野会 理事長殿

申請者氏名 _____ 入所者との続柄 _____

申請者住所 _____ 電話 () _____

ふりがな				文京区
入所希望者氏名	男 女	住所	居住年月日：昭・平 年 月 日から居住	
生年月日	昭・平 年 月 日 ※(満)	電話番号	()	
受給者証番号				
支援区分	※区分	○をつけて下さい 支援区分2・支援区分3・支援区分4・支援区分5・支援区分6		
	認定年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日まで
利用申込理由				
希望する 日中活動の種類	○をつけて下さい 文京総合福祉センター内の日中活動系サービス ・ その他の施設のサービス 生活介護 ・ 就労継続B ・ 自立訓練 現在利用しているサービス (事業所名)			
入院・入所先施設	現在入所・入院している場合はその名称を記入してください。			
医療 の 状 況	現在の病歴			
	医療的な ケア	※【該当するものがある場合、○をつけて下さい。】 1.褥瘡(床ずれ) [] 2.インシュリン 3.人工透析 4.鼻腔栄養 5.胃ろう 6.人工肛門 7.バルーン(導尿) 8.痰の吸引 9.在宅酸素 10.気管切開の処置 11.その他 []		
	既往歴			
主たる介護者 ※1	氏名	続柄	住所	その他の連絡先
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 歳		☎
その他介護者 ※2	氏名	続柄	住所	その他の連絡先
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 歳		☎

※印は、入所基準における判定項目です。

個人情報の取り扱い

・入所の決定事務の際、武蔵野会の入所指針に基づき、意見書、認定調査書の写しを請求することについて了承します。また、この申込書の内容及び今後の入所に関する状況等について、区担当課及び入所申込みをする他の施設に情報を提供することについて了承します。

申請者署名 _____ 印 _____

生活状況及び介護者・ご家族の状況について

ご本人についてお答え下さい。

1 特異行動についてお聞きします

あてはまる□にチェックして、その合計点から A~D でお答え下さい

- A 特に問題となるような特異行動はない
- B 特異行動において不安はあるが、見守り程度で日常生活はできる
- C 特異行動や日常生活（食事・排泄・入浴・着脱衣・歩行）は支援が必要
- D 特異行動や日常生活（食事・排泄・入浴・着脱衣・歩行）は常に支援が必要で目が離せない

	日常生活	特異行動						
		自傷・他傷	器物破損	異食	大声 パニック	多動	睡眠	弄便
1点	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
2点	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上	<input type="checkbox"/> 月1回 以上
3点	<input type="checkbox"/> 一部 介助	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上	<input type="checkbox"/> 週1回 以上
4点	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 毎日

A 8点~14点 B 15点~21点 C 22点~28点 D 29点~32点

2 現在、どちらに居ますか？また、入所までの待機場所はどこになりますか？

- [在宅の方] A このまま在宅で、入所まで待つことが出来る。
- B 立ち退きを求められており、待機場所がない。
- [施設・病院の方] C このまま施設・病院で入所まで待つことが出来る。
- D 施設・病院から、退所・退院を迫られている。

家族等の状況についてお答え下さい。【施設・病院に入所(院)している方は在宅で生活する場合を想定し記入】

- 3-1 家族や親族はいますか？ (はい・いいえ) ~ 「はい」と答えた方だけ、以下の質問のすべてにお答え下さい。~
- 3-2 介護をしている家族や親族は、他の家族の介護・看病等がありますか？ (はい・いいえ)
- 4 主に介護をしている人（表面※1）には、障害、要介護、難病、保育等（就学前）がありますか？

- A 特にあてはまらない。
- B 障害・要介護・難病、保育等（就学前）にあてはまるが、掃除・買物・洗濯程度であればできる。
- C 障害・要介護・難病、保育等（就学前）により、介護はほとんどできない。

B又はCの場合、主たる介護者の身障手帳や要介護状態・難病・保育等の具体的な等級等を下記の□にチェックのうえ、ご記入ください。【保育等（就学前）の場合はその他の欄に具体的状況をご記入下さい。】

主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身障手帳 () 級	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 () 度	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級	<input type="checkbox"/> 難病病名 ()	<input type="checkbox"/> 要介護度 ()
その他					

5 主に介護をしている人（表面※1）は、仕事をしていますか？

- A 特に仕事はしていない。
- B 週20時間未満の仕事をしている。
- C 週20~35時間未満の仕事をしている。
- D 週35~40時間の仕事をしている。

6 主に介護をしている人（表面※1）のほかに、介護に協力してくれる人はいますか？

- A ほぼ毎日協力してもらうことができる。
- B 週に数回程度であれば、協力してくれる。
- C 月に数回程度であれば、協力してくれる。
- D ほとんど協力は難しく、あっても年に数回程度である。