

松戸市

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

入所の手引き

令和 6 年 度 版

**松戸市介護保険課
松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会**

も く じ

◇ 松戸市内特別養護老人ホームについて	．．．．．	1
◇ 市内介護保険施設一覧	．．．．．	5
◇ 松戸市特別養護老人ホーム入所指針	．．．．．	9
◇ 入所申込者緊急度基準	．．．．．	14
◇ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準	．．．．．	15
◇ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	．．．．．	16
◇ 松戸市地域包括支援センター担当地域一覧	．．．．．	17
◇ 特別養護老人ホーム入所申込書	．．．．．	19
◇ 状況申立書	．．．．．	21
◇ 特別養護老人ホーム入所申込書（記入例）	．．．．．	22
◇ 状況申立書（記入例）	．．．．．	23

**施設への入所は契約行為です。事前に契約内容を確認
したうえで入所手続きをしてください。**

〔問合せ先〕 松戸市 介護保険課(松戸市介護保険事務センター)

電話 047-366-7370

FAX 047-363-4008

松戸市内特別養護老人ホームについて

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とは

常に介護が必要で、在宅での生活が困難な高齢者が入所し、入浴や食事などの日常生活上の支援・機能訓練・介護が受けられる施設です。

申し込みができる方

1 または 2 のいずれかに該当する方が申し込みできます。

1. 要介護 3 以上の介護認定を受けている方。
2. 要介護 1 または 2 の介護認定を受けている方のうち、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営むことが困難である方。（次の「特例入所の要件」のいずれかに該当する方）

【特例入所の要件】

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
 - ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
 - ③ 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・安心の確保が困難な状態である。
 - ④ 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。
- 地域密着型特別養護老人ホーム（入所定員 29 名以下の小規模な施設）については松戸市民の方のみ申し込みができます。それ以外の施設については市外の方も申し込みができます。
 - ☞ 地域密着型特別養護老人ホームについては P5～6 の施設一覧でご確認ください。
 - 入院治療が必要な場合は申し込みできない場合があります。その際は、入院施設の医師等に入所可能かどうかをご確認ください。

申込みから入所までの流れ

1. 入所の申込みをしたい施設（P5～6 施設一覧）に電話をし、申込みの意向を伝えてください。
2. 下記「提出書類」を、申込みをしたい施設に直接提出してください。提出は郵送でも可能ですが、施設を事前に見学することをおすすめします。

■ 提出書類

	提出書類	説明
1	入所申込書（様式 1-1・1-2）	<ul style="list-style-type: none"> ・ この冊子の巻末のものを使用してください。 ・ 介護保険課窓口・高齢者いきいき安心センター、また松戸市公式ホームページからも取得することができます。
2	状況申立書（様式 2）	<ul style="list-style-type: none"> ・ この冊子の巻末のものを使用してください。 ・ 介護保険課窓口・高齢者いきいき安心センター、また松戸市公式ホームページからも取得することができます。 ・ 担当ケアマネジャーがいる場合は記入を依頼してください。
3	介護保険被保険者証の写し	—
4	介護保険負担割合証の写し	—
5	要介護認定審査会資料 （訪問調査部分及び主治医 意見書部分）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護認定を受けている市（保険者）より取得してください。なお、松戸市民の方は松戸市役所 介護保険課(松戸市介護保険事務センター)までご連絡ください。 取得に時間がかかる場合がありますので、提出については申込み施設に相談してください。
6	直近 2 ヶ月のサービス利用 票別表の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービスを利用している方のみ提出。 ・ 担当ケアマネジャーより取得してください。
7	介護保険負担限度額認定証	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認定を受けている方のみ提出。

3. 申込みを受けた施設は、入所申込者緊急度基準（P14）に沿って、入所希望者の緊急度の点数を算定します。
4. 緊急度の点数が高い方の中から、各施設の個別の事情を総合的に判断し、入所が決定されます。入所が決定されると申込者の連絡先に連絡が入ります。
5. 入所希望者本人との面談・入所に係る契約・持込品の確認等の手続きを経て、入所します。
 - ☞ 複数の施設に申し込んでいる場合は、必ず他の施設に申込み取り下げの連絡をしてください。

入所利用料

下記の1～4を合わせた額が入所利用料の目安となります。

1. サービス費用の1割～3割

☞ 負担割合は所得により異なります。介護保険負担割合証をご確認ください。

☞ 1日あたりのサービス費用の目安

※この金額に負担割合を乗じたものが利用料となります

要介護度	従来型個室	多床室	ユニット型
要介護3	7,649円	7,649円	8,516円
要介護4	8,380円	8,380円	9,258円
要介護5	9,101円	9,101円	9,979円

2. 食費 (1日あたりの目安：1,392円)

3. 居住費

令和6年7月まで

(1日あたりの目安：2,006円〔ユニット型個室〕～377円〔多床室〕)

令和6年8月から

(1日あたりの目安：2,066円〔ユニット型個室〕～437円〔多床室〕)

4. 日常生活費 (身の回りの品の費用・教養娯楽費 等)

※ 上記については目安となりますので、具体的な利用料については各施設にお問合せください。

※ 介護報酬改定により、利用料は変更になることがあります。

低所得の方への負担軽減制度があります

低所得の方は「食費」と「居住費」について、所得に応じた限度額までを自己負担し、残りの差額分を介護保険で負担する制度があります。
この制度を利用するには申請が必要です。

【お問合せ】

松戸市 介護保険課(松戸市介護保険事務センター 給付担当)

電話：047-366-7067

すぐに入所できない場合

- 在宅での介護

「短期入所生活介護 及び 短期入所療養介護（ショートステイ）」は介護保険で利用ができます。

また、「看護小規模多機能型居宅介護」「小規模多機能型居宅介護」「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」も介護保険で利用ができ、重度の方をはじめとした要介護の方の在宅での生活を支えます。

【利用方法】

担当ケアマネジャー・高齢者いきいき安心センター（P17）にご相談ください。

松戸市 特別養護老人ホーム一覧

特別養護老人ホームは、常に介護が必要な方が入所し、入浴や食事などの日常生活上の支援・機能訓練・介護が受けられる施設です。

※ 「地域密着型」欄に○がついている施設は「地域密着型施設」です。松戸市被保険者のみ申込み・入所できます。

※ 「部屋」欄に☆がついている施設は「一部ユニット型個室」の施設です。★がついている施設は「全室ユニット型個室」の施設です。

No.	地域 密着型	部屋	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	定員(床)
1			りよくふうえん 緑風園	270-2232	和名ヶ谷1484	392-2900	80
2		☆	しょうじゅえん 松寿園	270-2203	六高台2-19-2	386-6357	150
3			みなみはなえん 南花園	270-2254	河原塚102-8	392-0881	76
4			マーセイヒル	270-0011	根木内677-2	348-8787	90
5			やわらぎえん やわら木苑	270-2251	金ヶ作277	386-0213	60
6			ようこうえん 陽光苑	271-0043	旭町2-238	348-1866	50
7		☆	ひまわりの丘	270-2218	五香西5-19-8	311-2100	90
8		★	まつどあいこうえん 松戸愛光園	270-2222	高塚新田128-8	330-8125	103
9		★	まんさくの里	270-0023	八ヶ崎2-15-1	348-8352	70
10		★	みょうじんえん 明尽苑	270-2251	金ヶ作296-1	385-2220	70
11		★	こずもす 秋桜	271-0061	栄町西3-1036-2	703-1275	110
12		★	あすなろ	270-2251	金ヶ作139-10	311-7001	50

松戸市 特別養護老人ホーム一覧

特別養護老人ホームは、常に介護が必要な方が入所し、入浴や食事などの日常生活上の支援・機能訓練・介護が受けられる施設です。

※ 「地域密着型」欄に○がついている施設は「地域密着型施設」です。松戸市被保険者のみ申込み・入所できます。

※ 「部屋」欄に☆がついている施設は「一部ユニット型個室」の施設です。★がついている施設は「全室ユニット型個室」の施設です。

No.	地域密着型	部屋	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	定員(床)
13	○	★	しょうほうえん 松峰苑	270-2222	高塚新田488-9	391-8100	29
14	○	★	ふようえん 芙蓉園	270-0001	幸田153	711-5565	29
15		★	ひ 松戸陽だまり館	270-0001	幸田111	374-6311	110
16		☆	なでしこ	271-0095	中矢切259-1	312-3033	90
17		☆	だいにみなみはなえん 第二南花園	270-2221	紙敷1186-8	392-3336	80
18	○	★	リバーサイド・ヴィラ	270-0011	根木内149	701-7330	29
19		★	しんあい おか 親愛の丘	270-2232	和名ヶ谷1258-1	712-1200	100
20		☆	ひがしまつど 東松戸ヒルズ	270-2221	紙敷1065-4	312-8633	100
21	○	★	ちいきみつちやくがたみょうじんえん 地域密着型明尽苑	270-2251	金ヶ作296-1	385-2220	29
22		☆	ひがしまつど プレミア東松戸	270-2221	紙敷297-2	712-1165	100
23		☆	まつど セイワ松戸	270-2224	大橋89	382-6161	100
24		☆	おおがねだいら アウル大金平	270-0006	大金平3-155	382-6011	100

【参考】松戸市 介護老人保健施設一覧

※入所ご希望の場合は各施設にお問い合わせください。
本手引きに記載のある申込書はご利用いただけません。

介護老人保健施設は、在宅復帰を目指している方が入所して、可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、リハビリテーションや必要な医療、介護などを受けることができます。

No.	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	定員（床）
1	かいらくえん 偕楽園	271-0047	西馬橋幸町23	340-1300	100
2	せん ほし まつど 千の星・松戸	270-2216	串崎新田189-4	394-7811	100
3	とくしゅえん まつど徳洲苑	270-0001	幸田180-1	309-7172	100
4	まつど シルバーケア松戸	270-2216	串崎新田172-1	311-0303	100
5	とうきょう 東京おりーぶ苑	270-2251	金ヶ作276-28	311-0777	100
6	まつど エスポワール松戸	270-2218	五香西4-26-10	311-3166	100
7	ときわだいら シルバーケア常盤平	270-2218	五香西5-28	386-4551	100
8	しまむらせんしんえん 島村洗心苑	270-2232	和名ヶ谷660	392-3946	100
9	あおい その まつど 葵の園・松戸	270-2252	千駄堀1103-1	312-1122	100
10	あおい その まつどひがし 葵の園・松戸東	270-2252	千駄堀1091-1	340-5500	100

【参考】松戸市 介護医療院一覧

※入所ご希望の場合は各施設にお問い合わせください。
本手引きに記載のある申込書はご利用いただけません。

生活の場としての機能もそなえた施設で、長期の療養を必要とする人に、医療と日常生活上の介護を一体的に行います。

No.	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	定員（床）
1	あきやまの郷 ^{さと}	270-2222	高塚新田484-1	312-8122	100

松戸市特別養護老人ホーム入所指針

1 目的

この指針は、入所に関する基準を明示することにより、入所決定過程の透明性、公平性を確保するとともに、施設入所の円滑な実施に資することを目的とする。

2 入所対象者

入所の対象となる者は、以下のとおりとする。広域型特別養護老人ホームにあっては、松戸市の被保険者を優先するが、松戸市以外の市区町村の介護保険被保険者であっても、入所申し込みをすることができるものとする。また、地域密着型特別養護老人ホームにあっては、松戸市の介護保険被保険者のみが、入所申し込みをすることができるものとする。

- (1) 介護保険法に定める要介護度区分の要介護 3 から 5 と認定された者のうち、常時介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な者。
- (2) 介護保険法に定める要介護度区分の要介護 1 または 2 と認定された者のうち、日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることにより、特例的な入所が認められる要件に該当する者。

3 入所申し込み

- (1) 入所の申し込みは、原則事前に施設に連絡をした上で、施設を訪問する、もしくは郵送により、下記の書類を希望する施設に直接提出することにより行うものとする。
 - ① 松戸市特別養護老人ホーム入所申込書（様式 1）
 - ② 状況申立書（様式 2）
 - ③ 介護保険被保険者証の写し
 - ④ 介護保険負担限度額認定証の写し（負担限度額の認定を受けている場合のみ）
 - ⑤ 要介護認定審査会資料（訪問調査部分及び主治医意見書）
 - ⑥ 直近 2 ヶ月のサービス利用票別表の写し
 - ⑦ 介護保険負担割合証の写し
- (2) 施設は、申込書を受理した場合は、受付簿にその内容を記載して管理する。また、辞退や削除等の理由が生じたときは、その内容を併せて記載する。
- (3) 要介護 1 又は 2 と認定された者が入所の申込みを行うに当たっては、特

例入所の要件に該当し、居宅において日常生活を営むことが困難な理由を入所申込書に付記のうえ申し込むものとする。

- (4) 施設は、「5 特例入所の判断に係る手続き」(2) に定める意見照会を実施する場合を除いて、入所検討委員会を開催する前に、市に、特例入所要件に該当する者の入所申し込み状況を、特例入所対象者入所申込状況報告書(様式3)にて報告するものとする。

4 入所検討委員会

- (1) 施設は、入所の決定(要介護1または2の入所申込者が特例入所の要件に該当するか否かの判断(以下「特例入所の判断」という。)を含む)に係る委員会又は会議(以下「入所検討委員会」という。)を設置し、要介護3から5までの者及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1または2の入所希望者の入所の決定等を行うものとする。
- (2) 入所検討委員会は、施設長に生活相談員、介護支援専門員、看護職員、介護職員等で構成する。なお、委員会には第三者委員(当該法人の評議員等)を加えることが望ましいものとする。
- (3) 入所検討委員会は、必要に応じ施設長が招集し、開催するものとする。
- (4) 入所検討委員会は、入所希望者緊急度名簿(以下「緊急度名簿」という。)を調製するものとする。
- (5) 入所検討委員会の記録は、議事録として5年間保存するものとする。

5 特例入所の判断に係る手続き

- (1) 施設は、入所検討委員会における特例入所の判断に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮し、特例入所の判断をするものとする。
- ① 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こと。
 - ② 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こと。
 - ③ 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こと。
 - ④ 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こと。
- (2) 施設は、入所検討委員会において特例入所の判断を行うに当たっては、入

所申込者の介護保険の保険者である松戸市または他市区町村（以下「松戸市等」とする。）に対し、「特例入所に係る意見照会」（様式4）により、その意見を求めることができるものとする。

- (3) 松戸市等は（2）により施設から意見を求められた場合、地域の居宅サービスや生活支援などの提供体制に関する状況や、担当の介護支援専門員からの居宅等における生活の困難度の聴取の内容なども踏まえ、施設に対し「特例入所に係る意見書」（様式5）を交付するものとする。（なお施設との調整により当該意見書の交付に代えて、松戸市等の職員が施設の入所検討委員会に出席し、意見を表明することができるものとする。）
- (4) 施設は、要介護1または2の入所申込者が特例入所の要件に該当するものと判断された後も、入所検討委員会において、当該入所申込者に関し、必要に応じて「介護の必要の程度」や「家族の状況」等について、「特例入所に係る意見照会」（様式4）により、改めて松戸市等に意見を求めることができる。この場合、松戸市等は施設に対し「特例入所に係る意見書」（様式5）を交付するものとする。
- (5) 松戸市等は、施設に対し特例入所に関する情報を必要に応じて求めることができるものとし、求められた施設は松戸市等に対し、当該情報を提供するものとする。

6 緊急度名簿の調製方法

入所希望の緊急度は、申込書（様式1）及び状況申立書（様式2）に基づき調査を行い、要介護度、介護者の状況等を勘案した内容を別表「入所申込者緊急度基準」により算定した点数を基に、入所検討委員会の審議により決定するものとする。

7 入所者の決定

入所検討委員会では、緊急度名簿順位の高い者の中から、次に掲げる各施設の個別の事情を総合的に勘案し、入所者を決定する。ただし、適切な指定介護老人福祉施設サービスまたは地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供することが困難な場合は、その理由について本人及び家族に対し、十分な説明を行い、同意を得るものとする。

- (1) 性別（部屋単位の男女構成）
- (2) ベッドの特性
- (3) 地域性（入所後の家族関係の維持等）
- (4) その他特別に配慮しなければならない個別の事情

8 特別な理由による入所

次に掲げる場合には、入所検討委員会の審議によらず施設長の判断により、入所を決定することができる。ただし、この場合にあつては、施設長は事後速やかに入所検討委員会へ報告するものとする。

- (1) 老人福祉法に定める措置委託による場合。(措置を行うにあつては、被措置者が要介護1または2である場合、特列入所の要件に該当することについて施設側と調整するものとする)
- (2) 災害等により入所検討委員会を招集する余裕がないとき。
- (3) 介護者の介護放棄、介護者の緊急入院等の非常の場合。
- (4) 入院を契機として入所解除をした者が、退院後在宅での介護が困難である場合。
- (5) その他特別な緊急性が認められる場合。

9 入所辞退者の取扱

入所検討委員会で入所を決定したにもかかわらず、入所希望者の都合により入所を辞退した場合には、その内容により緊急度を考慮できるものとし、その結果順位を繰り下げる場合には緊急度名簿にその旨を記載するものとする。

10 その他

- (1) 緊急度名簿の見直しは、原則として12か月に1回とする。なお、急遽施設入所の申込みが必要となった者や要介護度区分の変更があつた者から申請があつた等の場合も、必要に応じて見直しを行うものとする。
- (2) 施設の職員及び入所検討に係る第三者委員は、業務上知り得た個人情報等について、漏洩することのないよう、守秘義務の遵守に特に留意するものとする。また施設を退職、もしくは退任した後も同様とする。
- (3) 施設は、入所申込者、家族等から入所に関する説明を求められたときは、適切に対応できるようにしておくものとする。
- (4) 入所申込者は、申込みをしていた複数の施設のうち、いずれかの施設に入所した時点で、他施設への申込みの継続を希望しない場合は、申込みをしたものの入所に至らなかつた施設に対して、他施設に入所したことにより申込みを取り下げる旨の連絡を自ら行うものとする。

11 適正運用

- (1) 松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会に所属する施設は、この指針に基づき入所に係る規定を定め、適正な運営実施を行うものとする。

(2) 松戸市は、この指針の適正な運用について、施設に対し必要な助言を行うことができる。

(施行期日)

この指針は、平成15年4月1日から施行する。

ただし、この指針の各施設における運用は、平成15年6月1日から開始するものとする。

この指針は、平成20年4月1日から施行する。

この指針は、平成21年10月1日から施行する。

この指針は、平成27年3月23日から施行する。

ただし、この指針の各施設における運用は、平成27年4月1日から開始するものとする。なお、平成27年3月31日までに施設に入所することとなる入所対象者にあつては、平成21年10月1日施行の「松戸市特別養護老人ホーム入所指針」による。

この指針は、平成30年4月1日から施行する。

ただし、この指針の各施設における運用は、平成30年6月1日から開始するものとする。

入所申込者緊急度基準

区分	要件	点数	備考	
1 要介護度 [20点]	要介護5	20		
	要介護4	15		
	要介護3	10		
	要介護2又は1で、特例入所要件に該当	5		
2 認知症高齢者の 日常生活自立度 [10点]	1 自立度が「Ⅳ」～「Ⅲ」	10		
	2 自立度が「Ⅲa」～「Ⅲb」	8		
	3 自立度が「Ⅱb」	6		
	4 自立度が「Ⅱa」	4		
	5 自立度が「Ⅰ」	2		
3 保険者 [5点]	1 松戸市介護保険被保険者である	5		
	2 松戸市介護保険被保険者ではない	0		
4 ア)主たる介護者の 状況 [35点]	1 主たる介護者が、いない	35	※特養入所中は、0点とする。	
	2 主たる介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない	35		
	3 主たる介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない	35		
イ)主たる介護者 の状況 ※ア)に該当しない場合 上限30点まで 合算可 [30点]	1 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である	15	※特養入所中は、0点とする。	
	2 家族の介護・看護をしている	10	※「2 家族の介護・看護をしている」とは、要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している状態をいう。	
	3 生計中心者として就労している	10		
	4 高齢(80歳以上)である	10		
	高齡(70歳以上80歳未満)である	8		
	5 別居(入所希望者の居所まで所要時間1時間以上)である	10		
	別居(入所希望者の居所まで所要時間1時間未満)である	8		
	6 未就学児の育児をしている	10		
7 病気(1の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である	8			
8 就学している	8			
5 (1) 自宅に居住している 場合 [20点]	直近の月の介護サービスの 利用率	1 8割以上	20	※介護サービスとは、入所申込者が利用している居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援及び施設サービスを指す。
		2 6割以上8割未満	18	
		3 4割以上6割未満	16	
		4 2割以上4割未満	14	
		5 2割未満	12	
(2) 自宅に居住して いない場合 (居宅生活困難により 施設・医療機関に 入所・入院している 場合) [10点]	介護施設等及び医療機関に入所・入院している方 ※介護施設等とは、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・ 有料老人ホーム・養護老人ホーム・グループホーム・ サービス付き高齢者向け住宅 を指す。	10		
6 直近の入所希望時期 [10点]	1 今すぐの入所を希望	10		
	2 6か月後以降の入所を希望	0		
7 特別な事由 [0～20点]	緊急度や福祉的観点などから、特に特養入所を考慮すべき特別な事由が認められる場合は、その状況に応じて、0～20点の範囲で加算する。 【特別な事由として考えられる事由】 ・緊急性が高い事由(主たる介護者の急死・救急入院、住居が立ち退きを迫られているなど) ・「家族の状況」項目で点数化できない事由 ・居住環境が劣悪(廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修が困難など) ・老健施設又は医療機関に入所・入院中だが、退院・退所後の在宅生活が困難で転院・転所先が見つからない ・認知症によって、日常生活に支障を来す症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態 ・膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要な場合	0～20	※特別な事由による加算を行う場合は、その事由の内容及び加算点数を記録に残さなければならない。	

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

分類	ランク	判定基準	見られる行動の例
生活自立	J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
	J1	交通機関を利用して外出する	バス、電車等の公共交通機関を利用して積極的に、またかなり遠くまで外出する場合
	J2	隣近所へなら外出する	隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合
準寝たきり	A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	
	A1	介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する	寝たり起きたりはしているものの、食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合
	A2	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるものの、ベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ	
	B1	車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	介助なしに車いすに移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合
	B2	介助により車いすに移乗する	介助のもと、車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする場合
	C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する	
	C1	自力で寝返りをうつ	ベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合
	C2	自力で寝返りもうてない	自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内で上記 II の状態がみられる。	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態がみられる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない・時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態がみられる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題

高齢者いきいき安心センター(地域包括支援センター)担当地域一覧

事業所名	所在地	担当地域	連絡先
1 明第1 高齢者いきいき安心センター	穂台7の13の2 第3山田マンション 101-A	根本・吉井町・小根本・緑ヶ丘 1~2 丁目・松戸新田・仲井町 1~3 丁目・穂台・穂台 1~8 丁目・岩瀬・野菊野・胡録台	☎ 700-5881 FAX 700-5567
2 明第2西 高齢者いきいき安心センター	栄町西 3の991の15	栄町 1~8 丁目・栄町西 1~5 丁目・樋野口・古ヶ崎・古ヶ崎 1~4 丁目	☎ 382-5707 FAX 382-5727
3 明第2東 高齢者いきいき安心センター	上本郷 3196 パインツリーコート1階	上本郷・北松戸 1~3 丁目・竹ヶ花・竹ヶ花西町・南花島・南花島 1~4 丁目・南花島中町・南花島向町	☎ 382-6294 FAX 312-4882
4 本庁 高齢者いきいき安心センター	松戸 1292の1 シティハイツ1階	本町・松戸・小山・二十世紀が丘美野里町	☎ 363-6823 FAX 710-7198
5 矢切 高齢者いきいき安心センター	上矢切 299-1 総合福祉会館内	上矢切・中矢切・下矢切・三矢小台 1~5 丁目・二十世紀が丘柿の木町・二十世紀が丘菟町・大橋〔旧有料道路(県道松戸・原木線)西側〕・栗山	☎ 710-6025 FAX 710-6027
6 東部 高齢者いきいき安心センター	紙敷 1186の8 第二南花園内	河原塚・田中新田・紙敷・紙敷 1~3 丁目・東松戸 1~4 丁目・秋山・秋山 1~3 丁目・高塚新田・和名ヶ谷・大橋〔旧有料道路(県道松戸・原木線)東側〕・二十世紀が丘丸山町・二十世紀が丘中松町・二十世紀が丘戸山町・二十世紀が丘梨元町	☎ 330-8866 FAX 330-8867
7 常盤平 高齢者いきいき安心センター	常盤平 3の11の1 西友常盤平店5階	金ヶ作・千駄堀・常盤平 1~7 丁目〔常盤平団地の担当地域を除く〕・常盤平双葉町・常盤平西窪町・常盤平陣屋前・常盤平柳町・牧の原・牧の原 1~2 丁目・日暮・日暮 1~8 丁目・常盤平松葉町	☎ 330-6150 FAX 330-6260
8 常盤平団地 高齢者いきいき安心センター	常盤平 2の24の2号 第C号棟 5号室	常盤平1丁目のうち駅上市街地住宅・常盤平2丁目のうち1街区・常盤平3丁目のうち3街区・中央市街地住宅・駅前市街地住宅・セントラルハイツ・常盤平4丁目のうちE街区・常盤平7丁目のうち2街区・けやき通り住宅	☎ 382-6535 FAX 382-6536
9 五香松飛台 高齢者いきいき安心センター	五香西 2の35の8 斉藤ビル1階	串崎南町・串崎新田・松飛台・五香 1~8 丁目・五香西 1~6 丁目・五香南 1~3 丁目・五香六実	☎ 385-3957 FAX 385-3958
10 六実六高台 高齢者いきいき安心センター	六高台2の6の5 リハビリビル1階	高柳・高柳新田・六実 1~7 丁目・六高台西・六高台 1~9 丁目	☎ 383-0100 FAX 383-2288
11 小金 高齢者いきいき安心センター	小金3 高橋ビル4階	幸田・幸田 1~5 丁目・中金杉 1~5 丁目・平賀・東平賀・殿平賀・久保平賀・大金平 1~5 丁目・大谷口・小金・小金きよしヶ丘 1~5 丁目・小金上総町・小金清志町 1~3 丁目・ニツ木・ニツ木二葉町・根木内(国道6号西側)	☎ 374-5221 FAX 349-0560
12 小金原 高齢者いきいき安心センター	栗ヶ沢 789の22	根木内(国道6号東側)・小金原 1~9 丁目・栗ヶ沢・八ヶ崎 1 丁目・小金 1700番台	☎ 383-3111 FAX 385-3071
13 新松戸 高齢者いきいき安心センター	新松戸1の414 大講堂ビル1階	横須賀 1~2 丁目・新松戸 1~7 丁目・新松戸東・新松戸北 1~2 丁目・小金 1100~1300番台	☎ 346-2500 FAX 346-2514
14 馬橋西 高齢者いきいき安心センター	西馬橋広手町 40の1 秀栄ビル 101	旭町 1~4 丁目・外河原・七右衛門新田・主水新田・新松戸南 1~3 丁目・西馬橋 1~5 丁目・西馬橋相川町・西馬橋蔵元町・西馬橋幸町・西馬橋広手町・馬橋(JR線西側)	☎ 711-9430 FAX 711-9433
15 馬橋 高齢者いきいき安心センター	中和倉 130 第1コーポオンダ1階	馬橋(JR線東側)・三ヶ月・幸谷・八ヶ崎・八ヶ崎緑町・八ヶ崎 2~8 丁目・中根・新作・中根長津町・中和倉	☎ 374-5533 FAX 374-5501

このページは空白です

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

- 申し込みは事前に施設に連絡した上で、施設を訪問する、もしくは郵送により行って下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は、必ず相談した上で、お申し込み下さい。
- 申込後、本人及び介護者の状況に変動があった場合(要介護度が変わった、認知症の症状の程度が重くなった等)は、必ず申込みをした全ての施設へ連絡をお願いいたします。

※ この申込書に記入された内容については、特養入所待機者管理及び入所判定以外の目的には使用いたしません。

申込者	氏名		自宅	()
	住所 〒 -		携帯	()
			会社	()

※施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。

※電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	
	入所希望者氏名		男・女	介護保険被保険者番号
	生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</p> <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。			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他()		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 () 【月額】 円		
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)		
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	【病院名・施設名】		
	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム	【所在地(市区町村)】		
	<input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	【入院・入所時期】平成・令和 年 月		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	【退院・退所予定時期】令和 年 月		
<input type="checkbox"/> その他()	【退院・退所後の居所】			

介護者の状況	主たる介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 主な介護者が、要介護3～5で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> 主な介護者が、入院又は施設入所により3か月以上不在で、他に介護者がいない <input type="checkbox"/> いない						
	主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重症の病人等を2名以上(入所希望者を含む)介護又は看護している → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中心者として就労している 【就労時間 時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症の病気」以外)やケガ等の療養中である <input type="checkbox"/> 就学している <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情により十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である						
	主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】						
	主たる介護者以外の者の介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【頻度】 時間/週 【具体的な状況】						
	その他意見	【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】						
家族等の状況	主たる介護者 家族・近隣者等	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所(市区町村)	入居希望者居所までの所要時間
		<input type="checkbox"/>		同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>		同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>		同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>		同・別				1時間以上・1時間未満
		<input type="checkbox"/>		同・別				1時間以上・1時間未満
その他	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設も申込んでいる、または今後他の施設も申込み予定 【申込み済の施設数】 件(施設名:) 【申込み予定の施設数】 件(施設名:)						
	部屋の希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室(従来型) <input type="checkbox"/> 個室(ユニット型) <input type="checkbox"/> どちらでもよい						

- 本入所申込書・状況申立書の内容を松戸市へ提供することに同意します。
- 本入所申込書・状況申立書の調査に関し、関係病院、担当ケアマネジャーに確認することに同意します。

入所希望者氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印

状況申立書

- 入所希望者の状況に該当するものにチェックをして下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身体 状 況	障害高齢者の 日常生活自立度	□J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
	歩行	□自立 □杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 □一部介助 □歩行不可 【特記事項】		
	移乗	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	排泄	□自立 □見守り必要 □一部介助 □ポータブル使用 □おむつ使用 □全介助 【特記事項】		
	食事	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	入浴	□自立 □見守り必要 □一部介助 □清拭のみ □全介助 【特記事項】		
	視力	□普通 □弱視 □全盲	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴
	嚥下(えんげ)	□自立 □見守り必要 □不可	睡眠	□良 □不良(服薬 なし・あり)
	麻痺	□なし □あり (部位:)	褥瘡(じよくそう)	□なし □あり (部位:)
ケー コ ミュ ニ シ ョ ン	発語	□話ができる □聞き取りにくい □何を言っているか分からない □話せない		
	意思決定	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
	理解	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
認 知 症 及 ・ 精 神 状 態 ・ 問 題 行 動	認知症高齢者の 日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
	精神状態	□幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 【特記事項】		
	問題行動	□やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
サ ー 居 宅 介 護 シ ス テ ム	利用サービス	□訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □訪問リハビリテーション □通所介護 □通所リハビリテーション □短期入所生活介護 □短期入所療養介護 □福祉用具貸与 □地域密着型サービス(サービスの名称:)		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 ____月____円・____月____円		
医 療 の 状 況	現在治療中の 病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関 を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
	医療器具 の使用	□経管栄養(胃ろう・経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □喀痰吸引 □その他() 【特記事項】		
ケ ア マ ネ ジ ャ ー	事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
	特記事項			

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

記入例

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

- 申込書に記入する、もしくは郵送により行って下さい。
 - 介護施設で、お申し込み下さい。
 - 申込書に記入する、もしくは郵送により行って下さい。
- ※ 施設からの連絡を受けることができる方が記入してください。
- ※ 介護施設からの郵便物は上記連絡先へ送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。
- ※ 電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

申込者	氏名	自宅	()
	住所 〒 -	携帯	()
		会社	()

※ 施設からの郵便物は上記連絡先に送付いたしますので、施設からの連絡を受けることができる方を申込者としてください。

※ 電話番号は日中連絡が取れる番号をご記入ください。

入所希望者の状況	フリガナ	性別	介護保険被保険者番号	
	入所希望者氏名	男・女	要介護	1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日()歳	要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
<p>※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>				
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他()		
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・他) 【月額】 円 ※2ヶ月に1度支給される額の半額 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入 () 【月額】 円		
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (未申請・却下)		
入所希望者の居所	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 -		
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	【病院名・施設名】		
	<input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム	【所在地(市区町村)】		
	<input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	【入院・入所時期】平成・令和 年 月		
	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	【退院・退所予定時期】令和 年 月		
<input type="checkbox"/> その他()	【退院・退所後の居所】			

状況申立書

記入例

するものにチェックをして下さい。
 いる場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身 体 状 況	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可 【特記事項】		
	移乗	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 P15を参考にして記入してください		
	排泄	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> ポータブル使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴
	嚥下(えんげ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 不適切 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(服薬 なし・あり)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) P16を参考にして記入してください		
	ケ ー コ ミ ュ ニ シ ョ ン	発語	<input type="checkbox"/> 話ができる <input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せない	
意思決定		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
理解		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
認 知 症 及 ・ 精 神 状 態 ・ 問 題 行 動	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	精神状態	<input type="checkbox"/> 幻見 <input type="checkbox"/> 妄言・妄想・幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 【特記事項】		
	問題行動	<input type="checkbox"/> やたらに物を口に入れる <input type="checkbox"/> 物を拾い集める <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 繰り返し行為 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 火の扱い(消し忘れ等) <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
サ ー 居 宅 介 護 サ ー ビ ス	利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス(サービスの名称:)		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 _____月 _____円・_____月 _____円		
医 療 の 状 況	現在治療中の病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
	医療器具の使用	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他() 【特記事項】		
ケ ア マ ネ ジ ャ ー	事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
	特記事項			