

特別養護老人ホーム 施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをして下さい

ふりがな 申込書ご記入 の方のお名前	入所申 込者ご 本人との 関係		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 子(同居・別居)	
ふりがな 入所申込者ご 本人のお名前	被保険者番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明 大 昭
住 所	〒 -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外( )		電話 - -	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3	
同居の方につ いて	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし		<input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳)		<input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる	
主に介護して いる方につ いて	・介護する方は、 <input type="checkbox"/> いる 同居・別居(近隣・遠方) <input type="checkbox"/> いない		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害がある		<input type="checkbox"/> 病気治療中(入院中・在宅療養中)	
介護を手伝う 方について	・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 複数介護している		・介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		手伝う方がいる場合、その方は、 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方( )	
お住まいにつ いて	・今のお住まいは、 <input 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		<input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい		<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている	
介護をする上 での住宅の問 題点について	<input 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		<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい	
その他、当て はまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声		<input type="checkbox"/> その他の行為(具体的な内容 )		<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的な内容 )	
<input type="checkbox"/> 病気があ(病名 )						

現在、受けている介護や治療の様子

自宅以外での 介護や治療 *自宅にいらっ しゃる方は結 構です	・現在おられるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )	
ケアプランな どについて	・施設の名称( ) ・入所・入院開始日 年 月 日 ~	
在宅サービス について	・ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない * 介護支援専門員の氏名 ( ) * 事業所名 ( ) Tel - -	
在宅サービス について	・在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい ・具体的な内容 ( )	

特別養護老人ホーム 施設長様

入所に関して私に関する情報を上記の機関・施設・施設職員・家族に照会することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 印