

介護老人福祉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	-----		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他()							
申込書ご記入の方のお名前			被保険者番号								
ふりがな	-----		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
入所申込者ご本人のお名前											
住所	〒 -		申込についてのお問合せ先		<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 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
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 ・主に介護する方は、 <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) ・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										
介護を手伝う方について	・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"/> 病気がある(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() ・施設の名称() ・入所・入院開始日 年 月 日 ~										
ケアプランなどについて	・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

私は、貴施設入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。
 申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

平成 年 月 日

氏名 印