

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"/> 子(同居・別居) | | | | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 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 | 年 | 月 | 日 | 満 | 歳 | |
| 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() | | | | | | | |
| 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、 ・主に介護する方は、 ・主に介護する方は、 | | | | | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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) | | | | | <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 手伝う方がいる場合、その方は、 | | | | | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <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、 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が | | | | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <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、 ・相談できる介護支援専門員は | <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない <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、 ・今後の利用は、 | <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない <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。

令和 年 月 日

氏 名

印

