

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

ふりがな			ご本人との関係	配偶者 ・ 子 (同居・別居・その他)		
申込書を記入された方のお名前			その他 ()			
ふりがな	性別	男・女	生年月日	明大昭	年	月
入所を希望されているご本人のお名前					日	満 歳
被保険者番号	(認定の有効期限 平成 年 月 日まで)					
ご本人の住所	〒 -		この申込書についての連絡先	自宅 ・ 自宅以外 ()		
			電話	-	-	
要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
同居されている方について	<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	介護する方が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護されている方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護されている方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない					
介護を手伝ってくれる方の有無について	介護を手伝ってくれる方が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝ってくれる方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外 ()					
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場合、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <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					
介護する上での住宅の問題について	<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					
その他あてはまるもの	<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 (具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名)					

現在受けている介護や治療のようすについて

現在、ご自宅以外で介護や治療を受けている方	現在いらっしゃるの、 <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"/> 経費老人ホーム <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 () <input type="checkbox"/> 入院または入所している施設の名称 () <input type="checkbox"/> 入院または入所開始日 (年 月 日から)
ケアプランについて	現在ケアプランを、 <input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない (作成はしていないが、相談できる介護支援専門員 (ケアマネジャー) は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない) 担当の介護支援専門員の氏名 () 事業所名 (社 - -)
在宅サービスについて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 今後の利用については、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> 利用の仕方を見直したいと思っている (具体的な内容)

私は、貴施設の入所に関する方法や手続について説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することに同意します。

特別養護老人ホーム調布八雲苑 施設長様
平成 年 月 日

氏 名



特別養護老人ホーム入所申込みに伴う意見書

ふりがな											
入所申込者 氏名					被保険者番号						
ケアプランに ついて	在宅サービス利用率	% (支給限度額に対する利用割合)									
	利用しているサービス										
	サービス名	利用回数等									
	サービスに対するご本人またはご家族の希望など										
ご本人の状況	1 身体の状態について (麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)										
	2 認知症等について (介護や見守りを要する症状など)										
	3 疾患等について (特に注意を要することや医療器具の使用などで介護や看護を要する疾患など)										
その他留意すべきこと	(ご本人の嗜好や性格など介護するうえで把握しておくべきこと)										

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
事業所区分	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ()		
事業所名		連絡先電話	