

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□にチェックをしてください

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"/> 地域包括支援センター						
ふりがな	被保険者番号							
入所申込者ご本人のお名前	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大昭	年	月	日	満	歳
住 所	〒 -		この申込書についての問い合わせ先	<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 ※要介護1・2の場合は、裏面「特例入所に関する事由」にご記入ください。							
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 <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"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・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							
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 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方()							
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"/> 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ようす

ご自宅以外での介護や治療 ※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です	・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 ○事業所名称 電話 - -
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)

特例入所に関する事由(要介護1・2の場合は、ご記入ください。)

特例入所の要件	<p><input type="checkbox"/> 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が頻繁に見られること。</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ること。</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こと。</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こと。</p>
所見欄	※ 具体的な状況を記載して下さい。

特別養護老人ホーム

施設長 様

私は、貴施設に入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書兼調査書にある内容を保険者・地域包括支援センター・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。

令和 年 月 日

氏名