

三鷹市特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

ふりがな			入所申込者ご本人との関係	配偶者 子 (同居 ・ 別居) 本人 その他 ()				
申込書記入の方のお名前								
申込書記入の方のご住所	〒 -			この申込書についての問い合わせ先	自宅 自宅以外 () 電話			
ふりがな			性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日		満 歳
入所申込者ご本人のお名前								
入所申込者ご本人のご住所	〒 -							
被保険者番号								
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 主に介護される方は <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は <input type="checkbox"/> 親族 <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"/> 立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 (その他具体的に)							
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様子について

ご自宅以外での介護や治療 (自宅にお住まいの方は未記入)	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"/> 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 (ケアマネージャー) 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 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)

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は事実に相違ありません。この内容を保険者・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。

特別養護老人ホーム

施設長 様

年 月 日

氏 名 _____ 印 _____