

足立区特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

特別養護老人ホーム施設長あて

（新規 変更 更新）

※記入または該当する項目に☑してください。

申込日（変更申請日） 年 月 日

入 所 希 望 者	フリガナ						性別	生 年 月 日				
	氏 名						<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)				
	住 所	〒 _____ 電話 _____ 足立区										
	介護保険証 番 号						保険者				要介護認定 有効期間	年 月 日
	要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	年金等収入	月額 約	万円	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
在宅生活が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 認知・ 障がい等		認知症または知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られること。									
※要介護1、 2の方は必須	<input type="checkbox"/> 独居等		独身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分であること。									
	<input type="checkbox"/> 虐 待		深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態であること。									

連 絡 先	フリガナ			続柄:	電話1	
	氏 名			(歳)	電話2	
	住 所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ（違う場合は下に記入） 〒 _____				

入所希望施設		※施設番号・施設名を必ず1つ以上記入		希望施設以外で空きがあった場合、その施設から入所の声掛けを希望する場合は☑	
希望順	施設 番号	施設名		※多床室、ユニット型個室ともに希望する場合はそれぞれに☑	
1				<input type="checkbox"/> 9 1	希望施設以外の多床室
2				<input type="checkbox"/> 9 2	希望施設以外のユニット型個室

主な介護者	氏名	続柄:	住所(本人・連絡先と違う場合は記入してください)		
	(大・昭・平 年 月 日生 歳)		<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ		
※介護者がいない場合は☑ <input type="checkbox"/> 介護者は介護サービス事業者のみ					

主な介護者 の状況	<input type="checkbox"/> 入所希望者はひとり暮らし。 ※記入方法にて、「ひとり暮らしとならない場合」をご確認ください。				
	<input type="checkbox"/> 介護者に、病気や障がい等があり、日常的な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者は、入所希望者以外にも障がい等がある方を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者は、75歳以上である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、65歳以上74歳以下である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、小学生以下の子どもを育児中である。 <input type="checkbox"/> 介護者は、週合計()時間勤務をしている。 <input type="checkbox"/> 介護のために仕事を続けられなくなった。(歳で退職)				
介護の悩みを 共有できる親族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※ある場合は、該当する項目すべてに☑			
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為（暴力・暴言）	<input type="checkbox"/> 不潔行為（弄便）	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 大声や奇声	
<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転（不眠・睡眠障害）	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	
<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> せん妄（錯乱・混乱状態）	<input type="checkbox"/> うつ・抑うつ	<input type="checkbox"/> 失禁	<input type="checkbox"/> 食べない	

