

## 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）

※記入又は該当する項目に☑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 ※右欄にチェックした場合でも、待機者となるのは下記施設のみ					※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。								
介護の悩みを 共有できる親族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<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)								
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		

