

中野区特別養護老人ホーム入所申込書・調査書

年 月 日

施設長あて

入居希望者お名前	ふりがな	性別	生年月日	介護保険被保険者番号	〇〇〇														
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日																
ご住所	郵便番号																		
	電話 ()																		
要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 特例入所者 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																		
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 (相手の方のご年齢 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	介護している方は <input type="checkbox"/> いる (年齢 歳 性別 続柄) <input type="checkbox"/> いない 主に介護している方は <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 主に介護している方は <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"/> その他の方 ()																		
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 (病院等を含む)																		
	自宅以外にお住まいの方の中で <input type="checkbox"/> 戻る自宅がある <input type="checkbox"/> 戻る自宅がない <input type="checkbox"/> 立ち退きを迫られている <input type="checkbox"/> 転院・退院・退所を迫られている																		
	現在いらっしゃる所は <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()																		
介護する上での住宅上の問題	<input type="checkbox"/> 自分専用の部屋がある <input type="checkbox"/> 自分専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 借家のため住宅改修が困難 <input type="checkbox"/> 2階以上に住んでいて、エレベーターがない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)																		
心身の状況に該当するものがあれば	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <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"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に)																		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()																		

現在の生活の様子について

居宅サービス	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない																		
ケアプランについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 担当介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員の氏名 連絡先 (会社名) 電話 ()																		
	ご家族又は代行者のご住所 郵便番号 電話 ()																		
ご家族又は代行者のご住所	ふりがな																		
	続柄等																		

同意書 (入所希望者本人の署名。本人が署名できない場合は、本人の了解を得たうえで代行者が本人氏名を記入)

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、私は、この申込書の内容や判定結果及び中野区が保有する私の福祉サービス・介護保険受給情報を、中野区が特別養護老人ホーム入所希望者情報管理に利用することに同意します。

年 月 日 氏名