

特別養護老人ホーム かがやき 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"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申込書記入の方のご住所	〒 -	この申込書についてのお問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（ ） 電話			
ふりがな 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 年 月 日	満 歳
入所申込者ご本人のご住所	〒 -	被保険者番号				
		保 険 者	区・市・町・村			
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					
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）

特別養護老人ホーム かがやき 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。この申込書にある内容を保険者・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。

平成 年 月 日

氏名 _____ (印)

※お申込みをされた方は、恐れ入りますが適正な待機者の状況把握のため、**今後は6ヶ月ごとに申込みを継続する旨、更新の連絡をかがやきへしていただくようお願いいたします。**

ご連絡のない場合は申込みを取り消されたものとさせていただきますので、あらかじめご了承ください。