

特別養護老人ホーム不老の郷 入所申込書兼調査票

申 込 日		
令和	年	月 日

申込者（こちらから連絡を入れても良い方のお名前連絡先をご記入ください。）

氏 名		本人との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
住 所	〒 -		
電 話	携帯電話		

入所希望者の状況	被保険者番号		認定有効期間	平成 年 月 日まで
	ふりがな		要介護度	1・2・3・4・5
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	（満 歳）	
	現住所	〒 -		
	ご本人の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他（ ） 施設名 期 間 平成 年 月 日から入所・入院している 住 所 電話		

主な介護者	ふりがな		性別	男・女	本人との関係	
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所 ）				
	介護している上で困っていること					

連絡先	氏 名	続柄	住所
			電話 携帯電話
	氏 名	続柄	住所
			電話 携帯電話

同意書	私は、この申込書の内容を保険者（瑞穂町）・居宅介護支援事業所・私の担当ケアマネージャー・入所を希望する施設へ提供することに同意します。また、入所申込者名簿作成にあたり、転出等の資格異動状況について、入所申し込みをした施設から保険者へ確認することに同意します。 本人署名
-----	---

※この申込書に「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください

特別養護老人ホーム不老の郷 申込書兼調査票（入所申込者状況票）

記入日
令和 年 月 日

被保険者番号	0 0 0 0 0	氏名	
記入者		本人との関係	

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（どなたですか）	
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年齢 歳 <input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 難病等である（病名 ） <input type="checkbox"/> 障害がある（ 級・度） <input type="checkbox"/> 要介護1以上 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 働いている（週 時間） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 育児中
	介護している方の精神的負担	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる（どなたですか） <input type="checkbox"/> いない	
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（具体的に ） ↳ 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	
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 2階以上の建物でエレベーターがない <input type="checkbox"/> 介護専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 家屋が著しく老朽化（築20年以上）している <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている	
その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> 老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない <input type="checkbox"/> 病院・有料老人ホーム等入所中で、経済的に問題がある <input type="checkbox"/> その他、入所を希望する事情がある （ 具体的に ）	
本人について	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 不快な性的行動がある <input type="checkbox"/> 感情不安定である <input type="checkbox"/> 放尿がある <input type="checkbox"/> 排便がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題行動となる行動がある （ 具体的に ）	

裏面もご記入ください



本人の日常生活状況（○印を記入）	状 況	自分で可	一部介助	全介助	状 況	無	有	障害がある _____ 級・度 その他
	歩 行				おむつ			
	トイレ				聴力障害			
	食 事				視力障害			
	入 浴				言語障害			
	衣服着脱				認 知			
特別な医療の状況（あてはまるものにし印）	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥 瘡 <input type="checkbox"/> 疥 癬 <input type="checkbox"/> MRSA _____ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
介護保険サービス等の利用について	<input type="checkbox"/> 在宅でサービスを利用している <input type="checkbox"/> 施設に入所している （ _____ ） （入所施設名 _____ ）							
入所希望の時期について	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
入所を希望している人は誰ですか	あてはまるものすべてを選んでください <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）はいますか	<input type="checkbox"/> い る <input type="checkbox"/> い ない ↳ 氏 名 _____ 事業所名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____							
主治医はどなたですか	氏 名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____							
（参考）瑞穂町内にある特別養護老人ホームへの入所申し込みについて	2か所以上の施設へ入所申し込みを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない ↓ 入所希望順位が <input type="checkbox"/> あ る <input type="checkbox"/> な い 第1希望（ _____ ） 第2希望（ _____ ） 第3希望（ _____ ） 第4希望（ _____ ）							
その他特記すべき事項								