

中野区特別養護老人ホーム入所申込書・調査書

_____年 _____月 _____日

施設長様

入所希望者 お名前	ふりがな	性別	生年月日	介護保険 被保険者番 号	0	0	0								
		男・女	明治・大正・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 _____ 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 (病院等含む) 自宅以外にお住まいの方のなかで <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"/> 借家等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														
	担当の介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない														
	介護支援専門員の氏名										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お名前	ふりがな				続柄等										

同意書

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 _____