

特別養護老人ホーム伊奈平苑 入所申込書兼調査書

該当する番号に○印をしてください。

申込者 (連絡先)	ふりがな 氏名		続柄	電話番号 ()
	住所	〒		携帯電話 ()
他連絡先	ふりがな 氏名		続柄	電話番号 ()
	住所	〒		携帯電話 ()

ふりがな		性別	生年月日		満年齢
入所申込者 本人の名前		男・女	大正・昭和		歳
			年	月	
住所	〒	電話番号	()		
		携帯番号	()		
介護保険被 保険者番号		要介護度		認知症自立度	
保険者(番号)	()	1・2・3・4・5		自立・I・IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	
認知症に ついて	1 なし 2 あり(徘徊・暴力行為・不潔行為・異食・大声や奇声を出す) 他に認知症の症状は()				
他施設への 申込み状況	1 当該施設のみ申込み 2 他施設にも申込みあり()				
同居の方に ついて	1 ひとり暮らし 2 夫婦のみ(相手の年齢 歳) 3 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 1 いる 2 いない 主に介護している方は 1 健康 2 病弱 3 病気で治療中 4 障害がある 5 働いている				
介護を手伝う 方について	介護を手伝う方は 1 いる 2 いない 手伝う方がいる場合、その方は 1 親族 2 近所の方 3 その他()				
お住まい について	今のお住まいは 1 自宅 2 自宅以外				
	自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1 ある 2 ない 1 立ち退きを求められている 2 家屋の老朽化が著しい				
介護をする上で の住宅の問題	1 エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる				
	2 自分の部屋がない 3 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある				
その他当て はまるもの	食事	1 自立 2 一部介助 3 全介助	排泄	1 自立 2 一部介助 3 全介助	
	歩行	1 自立 2 一部介助 3 全介助	更衣	1 自立 2 一部介助 3 全介助	
	1 医療器具を使っている(具体的に)				
2 病気がある(病名)					
入所申込みに当たっての意見など					

現在受けている介護や治療の様子について

現在の居場所	1 自宅 2 病院 3 老人保健施設 4 介護療養型医療施設				
	5 養護老人ホーム 6 軽費老人ホーム 7 ケアハウス 8 有料老人ホーム				
	9 グループホーム 10 その他()				
	病院・施設の名称				
	病院・施設の所在地				
	電話番号	()	入院・入所開始日	令和	年 月 日
ケアプラン について	ケアプランは 1 作っている 2 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 1 いる 2 いない				
	介護支援専門員の氏名				
	事業所名及び電話番号 ()				
在宅サービス について	在宅サービスは 1 使っている 2 使っていない				
	サービスや使い方を改善したい(具体的に)				

特別養護老人ホーム 伊奈平苑 施設長 様

私は、貴施設の入所に関する方法や手続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(市役所)、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。

年 月 日

氏名

印 S402-2