

特別養護老人ホーム大洋園入所申込書兼調査書

記入者氏名 _____

記入者住所 〒 _____ 電話番号 _____

入所希望居室	※複数回答 可	<input type="checkbox"/> 4人部屋	<input type="checkbox"/> 従来型個室	<input type="checkbox"/> ユニット型個室
--------	---------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

(フリガナ)					
入所希望者氏名・住所			〒 _____		
生年月日・性別	M	T	S	年	月 日 歳 男 女
要介護度 介護保険証番号	3 4 5			(No) _____	
同居の方について	ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/>				
主に介護している方 について	ご夫婦以外に同居者がいる <input type="checkbox"/>				
	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>				
	主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中(病名 _____) <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/>				
介護を手伝う方について	主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/>				
	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>				
お住まいについて	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(_____) <input type="checkbox"/>				
	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/>				
	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"/>				
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <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"/>				
その他で該当する ものがあれば○	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 <input type="checkbox"/>				
	(その他具体的に _____) <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"/>				
現在の居所	医療器具を使っている(具体的に _____) <input type="checkbox"/>				
	病気がある(病名 _____) <input type="checkbox"/>				
現在の居所	施設の名称 _____				
	住所・連絡先 _____				
	入所・入院開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~				
ケアマネジャーについて	相談できる介護支援専門員は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>				
	氏名 _____				
	連絡先(会社名) _____ 電話 _____				

※この申請書を保険者・在宅介護支援センター・指定する介護支援専門員へ提供することに同意します。

年 月 日

氏名

印

特別養護老人ホーム大洋園入所申込書兼調査書 NO2

日常生活動作 について	更衣	自立	一部介助	全介助	特記()		
	食事	自立	一部介助	全介助	特記()		
	食事形態	(主食)	常食	粥	ミキサー食	経管栄養	胃ろう
	食事形態	(副食)	常食	きざみ食	ミキサー食		
	排泄	自立	一部介助	全介助	特記()		
	歩行	自立	一部介助	全介助	特記()		
	入浴	自立	一部介助	全介助	特記()		
	整容	自立	一部介助	全介助	特記()		
	意思	疎通可能	疎通不可能		特記()		
病気・ケガについて	年 月 日～	疾患名()			現在、治療中 治療済		
	年 月 日～	疾患名()			現在、治療中 治療済		
	年 月 日～	疾患名()			現在、治療中 治療済		
<small>ジョクソウ</small> 褥瘡(床ずれ)について	有 (程度:) 無						
親族関係について	氏名	続柄・年齢	住所	電話番号			
社会保障について	後期高齢	国保	社保	生保	その他()		
	医療受給者証	(有 無)		※有の場合…種類()			
	負担額減額証	(有 無)		※有の場合…食費の負担限度額 円			
収入について	有	国民年金	年間受給額	万円			
		厚生年金	年間受給額	万円			
	()	年金	年間受給額	万円			
	無						
	その他収入	円					

意見書

入所申込者氏名		
ケアプランについて	利用しているサービス	
	サービス名	利用回数等
	サービスに対する本人または家族の希望等	
本人の状況	1. 身体状況について 障害高齢者の日常生活自立度（自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2）	
	2. 認知症について 認知症高齢者の日常生活自立度（自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M）	
	3. 疾患・服薬内容について	
その他留意事項		

記入者氏名

事業所名、連絡先