

特別養護老人ホーム【 サンライト 】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

申込者（申込書を記入した方）について

|                 |   |                       |                              |  |                             |                              |
|-----------------|---|-----------------------|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| ふりがな            |   | 入所希望者<br>(本人)<br>との関係 | <input type="checkbox"/> 配偶者 | <input type="checkbox"/> 子(同居の有無                                   | <input type="checkbox"/> 同居 | <input type="checkbox"/> 別居) |
| 申込書記入の<br>方のお名前 |   |                       | <input type="checkbox"/> 本人  | <input type="checkbox"/> その他(                                      |                             |                              |
| 申込書記入の<br>方のご住所 | 〒 | —                     | 申込書について<br>の問い合わせ先           | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外( )<br>電話 |                             |                              |

入所希望者（本人）について

|                 |   |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
|-----------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|---|---|---|----|---|---|
| ふりがな            |   | 性別                         | <input type="checkbox"/> 男 | 生年<br>月日                   | 明<br>大<br>昭                | 年      | 月 | 日 | 満 | 歳  |   |   |
| 入所希望の方<br>のお名前  |   |                            | <input type="checkbox"/> 女 |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 入所希望の方<br>のご住所  | 〒   | —                          | 被保険者番号                     |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 要介護認定           | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | 介護認定期間 | 年 | 月 | 日 | ～年 | 月 | 日 |
| 入所希望の方<br>の居所   | <input type="checkbox"/> 自宅 <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)<br><input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる  |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
|                 | <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 病院( ) <input type="checkbox"/> 老人保健施設( )<br><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設( )<br><input type="checkbox"/> その他( )   |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 入所希望の方<br>の住宅状況 | 自宅の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有を選択した場合)<br><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 <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない<br><input type="checkbox"/> 昇降設備のない集合住宅の2階以上に住んでいる<br><input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある<br>(その他具体的に ) |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 入所希望の方<br>の心身状態 | <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<br><input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に )<br><input type="checkbox"/> 病気がある(具体的な病名 )   |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 介護者の状況          | 介護する方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有を選択した場合)<br>介護する方の健康状態 <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<br>介護する方の就労状況 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない            |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |
| 介護者(手伝<br>い)の状況 | 介護を手伝う方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有を選択した場合)<br>本人との関係 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方( )   |                            |                            |                            |                            |        |   |   |   |    |   |   |

現在受けている介護の様子について

|                     |                                    |                                |                                 |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ケアプラン<br>作成状況       | ケアプラン作成の有無                         | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無      |
|                     | 相談できる介護支援専門員の有無                    | <input type="checkbox"/> 有     | <input type="checkbox"/> 無      |
| 在宅<br>サービスの<br>利用状況 | (有を選択した場合)<br>介護支援専門員の氏名           |                                |                                 |
|                     | 事業所名                               | 電話                             |                                 |
| 在宅<br>サービスの<br>利用状況 | 在宅サービスの利用状況                        | <input type="checkbox"/> 使っている | <input type="checkbox"/> 使っていない |
|                     | (使っているを選択した場合)<br>サービス名( ) 利用回数( ) |                                |                                 |

特別養護老人ホーム【サンライト】 施設長 田中 和生

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