

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 (本人) 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 方のお名前			<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他()		
申込書記入の 方のご住所	〒 -	申込書について の問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外() 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 月日	明 大 昭	年	月	日	満	歳
入所希望の方 のお名前			<input type="checkbox"/> 女							
入所希望の方 のご住所	〒 -	被保険者番号 保 険 者								
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 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) <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() <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設() <input type="checkbox"/> その他()									
入所希望の方 の住宅状況	自宅の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有を選択した場合) <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 <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 <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある (その他具体的に)									
入所希望の方 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 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に) <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 (有を選択した場合) 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 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 い)の状況 介護を手伝う方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有を選択した場合) 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 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 (有を選択した場合) 介護支援専門員の氏名 事業所名 電話
在宅 サービスの 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) 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

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。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)

こちらの書類は返送不要です。

お手元に保管しておいてください。

【注意事項】

※お申込みをされた方は、恐れ入りますが適正な待機者の状況把握のため、今後は【 サンライト 】まで6ヶ月ごとに申込みを継続する旨のご連絡をいただきますようお願いいたします。

ご連絡のない場合は申込みを取り消されたものとさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

<連絡先>

住 所	東京都国分寺市西町1-31-2
施設名	特別養護老人ホーム サンライト
担 当	生活相談員 吉原 大揮
電 話	042-595-7351