

特別養護老人ホーム入所希望調査書

世田谷区長 あて

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について、以下のとおり入所を希望します。
（黒のボールペン等でご記入ください。鉛筆や消せるタイプのボールペンは使用しないでください。）

フリガナ 本人氏名				性別	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			年齢	歳
住所	〒 - 世田谷区			電話	()
現在の滞在場所 ・○をつけて下さい。 ・2～4は名称・所在地 いつから滞在している のかをご記入ください	1.自宅 2.病院 3.老人保健施設 4.その他				
	名称			電話 ()	
	所在地				
	自宅以外に滞在するようになった時期			年 月 日～	
介護保険被保険者番号				要介護状態区分	要介護度 1・2・3・4・5
※要介護1・2の方は入所 希望の理由を必ず記入	↓必ずご記入下さい				
認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日まで				
継続して要介護1以上の期間	年 月 日～		要介護3以上の期間	年 月 日～	
介護保険負担限度額認定証	1.持っていない 2.持っている				
◆希望する部屋の種類	注) 居住費が異なります		1.個室 2.多床室 3.どちらでもよい		
◆希望する施設をご記入ください。 別紙「特別養護老人ホーム施設ガイド」の中から3つを限度に記入できます。ただし3つの施設の順位付けはできませんのでご注意ください。ユニット型特養のみを希望の方は、ユニット型特養のみご記入ください。					
コード	施設名	コード	施設名	コード	施設名
◆家族・親族の状況をご記入ください。 介護に従事している方に○をつけてください。（主に介護する方に◎をつけてください）					
介護者	氏名	続柄	住所	年齢	介護できない理由
			□同居 □別居 (区・市)		
			□同居 □別居 (区・市)		
			□同居 □別居 (区・市)		
			□同居 □別居 (区・市)		
介護者の状況についてお聞きします。介護者が介護できない理由を下記から選び番号を記入してください。（該当する番号全て記入）					
1.70歳以上 2.介護認定を受けている () 3.障害がある（身体・知的・精神）					
4.病弱（通院状況：月 回） 5.就労（1日あたり 時間・月あたり 日）					
6.複数の人を介護している (人) 7.遠方に住んでいる（片道1時間以上）					
8.家が狭いなど介護できる環境でない 9.精神的負担が大きい					

◆行動・心理症状（該当するものに○をつけてください）							
1.徘徊があり目が離せない				2.暴力的な行為をし危険がある			
3.物が盗まれた等でいさかいが絶えない				4.便をなすりつけるなどの不潔行為がある			
5.夜間騒いで迷惑をかけている				6.その他（具体的に）			
[]							
◆身体状況（該当するものに○をつけてください）							
病 気	1.なし 2.脳血管障害 3.糖尿病 4.心疾患 5.認知症 6.その他（ ）						
医療処置	1.なし 2.胃ろう 3.経鼻 4.在宅酸素 5.尿管カテーテル 6.1ヶ月リ注注射 7.人工肛門 8.吸引 9.人工透析 10.その他（ ）						
入 浴	1.自立 2.一部介助 3.全介助 4.清拭のみ						
食 事	1.自立 2.一部介助 3.全介助						
食事内容	1.普通食 2.きざみ食 3.流動食 4.その他（糖尿病食・減塩食 ）						
排 泄	1.自立 2.一部介助 3.全介助 4.おむつ						
移 動	1.自立 2.杖使用 3.一部介助 4.歩行器 5.車いす						
言 語	1.話せる 2.不明瞭 3.話せない						
聴 力	1.聞こえる 2.聞こえにくい 3.聞こえない（補聴器使用 あり なし ）						
視 力	1.見える 2.見えにくい 3.見えない（メガネ使用 あり なし ）						
◆もの忘れ等の状況（該当するものに○をつけてください）							
も の 忘 れ	1.ない			2.たまにある		3.ある	
日 時 や 場 所 が	1.わかる			2.たまにわからない		3.わからない	
親しい人のことが	1.わかる			2.たまにわからない		3.わからない	
◆その他 (入所希望理由・本人状況・家族親族がいない場合の生活状況・ケアマネジャーの意見・希望者の性格・連絡事項等) ↑ 必ずご記入ください							
担当ケアマネジャー		氏名		事業所名		電話（ ）	
私が希望する施設に対して、世田谷区がこの希望調査書を提供することに同意します。							
本人氏名							
フリガナ 申込代行者氏名				希 望 者 との関係			
申込代行者住所 ※本人が申請者の場合は不要		〒					
連絡先電話番号 ※日中連絡がつく電話番号を記入							
＊ 区 使 用 欄		1介護度	2介護期間	3介護者	4行動・心理	1～4合計	担当
年 月 日							
年 月 日							