

# (1) 特別養護老人ホーム ハピネス昭和の森入居申込書(変更届)兼調査書

申込年月日 年 月 日

特別養護老人ホーム ハピネス昭和の森 施設長 様

(新規・変更)

氏名	フリガナ 男・女 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生まれ(満 歳)	生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所	(〒 - ) ※住民票上の住所を記入してください。	現在又は在宅していた時は 独居・家族と同居	昭島市 在住期間 年 月
記入者の連絡先	氏名 :	続柄	電話 携帯: 自宅:
	住所 : (〒 - )		
家族・親族構成	※主な介護者 氏名 同居・別居 続柄( ) ( 歳)		
※独居・入院入所中の場合でも、関係している家族親族等を記入してください	氏名 同・別 続柄( ) ( 歳) 氏名 同・別 続柄( ) ( 歳)		
	氏名 同・別 続柄( ) ( 歳) 氏名 同・別 続柄( ) ( 歳)		
	氏名 同・別 続柄( ) ( 歳) 氏名 同・別 続柄( ) ( 歳)		
介護保険者番号	介護度	要介護 1・2・3・4・5	
要介護1または2の方は必ずご記入ください	<input type="checkbox"/> 認知症のある者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である		
認知症及び周辺症状	<input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 認知症状はない、または、何らかの認知症を有するが、日常生活家庭内及び社会的にほぼ自立している <input type="checkbox"/> 上記以外(具体的に: _____)		
その他で該当するもの(複数可)	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴力や自傷行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		
既往歴・現病			
医療行為	<input type="checkbox"/> 医療的な行為又は処置がある。(具体的な医療行為の内容: _____ ) <input type="checkbox"/> 医療的な行為又は処置はない。		
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が就労者のため夜間介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が就労者のため昼夜とも介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が就労者のため日中介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が病気または高齢のためほとんど介護ができない <input type="checkbox"/> 上記以外(具体的に: _____ )		
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 住宅がない・立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 住宅に介護上問題はない <input type="checkbox"/> 住宅に介護上問題がある(具体的に: _____ ) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、療養病床・病院 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム入所、軽費老人ホーム、グループホーム入居 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム入所、サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホーム入所		

申込者氏名

代筆者氏名

受付担当者