

(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

特別養護老人ホーム ハピネス昭和の森 施設長 様

① 申込年月日 **29年 5月 2日** (新規・変更)

② 氏名	フリガナ アキシマ タロウ	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 15年 4月 1日 生まれ(満 91 歳)	生活保護受給の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	氏名 昭島 太郎	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 50 年 9 月	
③ 住所	(〒196-0002) ※住民票上の住所を記入してください。			
	東京都昭島市拝島町字代官山4041-1			
③ 記入者の連絡先	氏名: 昭島 花子	続柄 妻	電話 携帯: 090-××○○-□□△△	自宅: 042-△△△-○○××
	住所: (〒196-0002) 東京都昭島市拝島町字代官山4041-1			
④ 家族・親族構成 ※独居・入院入所の場合でも、関係している家族親族等を記入してください	※主な介護者 氏名 昭島 花子 <input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居 続柄(妻) (86 歳)			
	氏名 昭島 一郎 <input checked="" type="checkbox"/> 同・別 続柄(長男) (60 歳) 氏名 _____ 同・別 続柄() () 歳			
	氏名 立川 良子 <input checked="" type="checkbox"/> 同・別 続柄(長女) (58 歳) 氏名 _____ 同・別 続柄() () 歳			
⑤ 介護保険番号	0001234567	介護度	要介護 1・2・3・4・5	
⑥ 要介護1または2の方は必ずご記入ください	<input checked="" 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			
⑥ 認知症及び周辺症状	<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			
	<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 checked="" 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			
⑦ 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 checked="" type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他()			
	既往歴・現病 脳梗塞後遺症右半身麻痺 糖尿病 高血圧			
⑦ 医療行為	<input checked="" 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: インスリン注射、痰吸引、人工肛門)			
	<input type="checkbox"/> 医療的な行為又は処置はない。 ↑※胃ろう、在宅酸素、血糖測定、気管切開なども含まれます。			
⑦ 介護者の状況 ※ご本人の居場所が自宅でない場合は、在宅していた場合の介護者について記入してください。	<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			
⑦ 住まいの状況	<input checked="" 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: _____)			
	<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 checked="" type="checkbox"/> 住宅に介護上問題がある(具体的に: 自宅内に段差が多く、転倒しやすい)			
	<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 **昭島 太郎** 代筆者氏名 **昭島 花子**

受付担当者 _____

- ① 申込書を提出する日を記入して下さい。
- ② 入居希望者の氏名・生年月日等を記入して下さい。在住期間が正確に分からない場合はおおよそで結構です。
- ③ 電話番号の欄には、連絡が必ずとれるご家族・ご親族の電話番号を、住所の欄は郵便物の受取が出来るご住所をご記入ください。
- ④ 同居・別居に関わらず、主な家族・親族の状況について、上位5名までの方をご記入下さい。
- ⑤ 介護保険証を参照し、ご記入ください。介護保険証の(一)面に保険番号、(二)面に介護度が記載されています。
- ⑥ 要介護1または2の方は、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある場合にのみ特例的に施設への入所が認められます。左記のいずれかに該当することが必要なため、必ずチェックを入れてください。
- ⑦ 各項目に該当したものにチェックをして下さい。(複数可のものについては、複数回答でかまいません)
「既往歴・現病」の欄には、以前かかったことのある病気、現在かかっている病気等を記入して下さい。
「医療行為」のある方については、必ず具体的な医療行為の内容を記入して下さい。