

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
◆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
			□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 の 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.インシュリン注射 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	点検
年 月 日							
年 月 日							