

施設入居申込書現況調査票

施設名 地域密着型特別養護老人ホーム栗生ハウス 施設長様

次のとおり施設入所を申し込みます。

令和 年 月 日

当施設をどのようにして知りましたか。(複数回答可)

- 紹介サイトを見た
 ホームページを見た
 家族・知人からの紹介
 広告を見た
 看板を見た
 病院からの紹介
 ケアマネジャーからの紹介
 (その他:)

申請者	(ふりがな) 氏名	()	続柄 ()	
	住所	〒		
	電話	()	明・大・昭 年 月 日生 歳	
本人の状況	介護保険被保険者番号	(健康保険被保険者番号ではありません。お間違いのないようにお願いします。)		
	氏名(ふりがな)	男 ・ 女		
	住所	〒		
	電話	()	明・大・昭 年 月 日生 歳	
	要介護度	3 4 5 [特例入所] 1・2	他の 特養申請状況	件
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・長期間ショートステイ中(年 月 から) その他()		
	認知症	ある ・ なし (「ある」の方は下記のご記入をお願いします。) 次にあげるような症状がありましたか？あてはまるものの番号に○をつけてください 1. 記憶の低下(寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じ事を聴いたりする。) 2. 理解・判断の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり簡単な質問にも答えられないことがある。) 3. 見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもわからない事がある。) 4. 昼夜逆転(昼間に寝て、夜中に起きてくる)ことがある。また、不安からか真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする。) 5. 徘徊(はいかい)(目的なく歩き続けることがある。) 6. 幻覚・妄想(「お金をとられた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話したりする。) 7. 収集癖(自分の物ではない物や、必要でないものなどを持ち帰る行動が見られる。) 8. その他()		
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	病院・施設名	現在右記のような処置を受けていますか？	経管栄養(鼻腔栄養)・胃ろう・在宅酸素・インスリン その他()	
	病名	受けているものに○をつけてください		
今すぐ入所する意思がございますか？		今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 数年後		
家族構成	一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他()			

