

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書（新規変更）

西東京市では、特別養護老人ホームへの入所を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入頂いています。ご協力をお願いします。この申込書の内容をもとに入所して頂く優先度を決めております。なお、申し込みの際には、介護保険被保険者証の写しも併せてご提出ください。

申込者（連絡先） 申込日 平成 年 月 日

申込書記入者	氏名	本人との関係	電話	()
主たる介護者	氏名	本人との関係	電話	()
	住所			

入所希望者

ふりがな		男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳	
住所				電話			
被保険者番号				要介護度	1 2 3 4 5	身	
障害者手帳（無・有）	手帳の種類 ()			級 ()			
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方のご年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる（本人を含め、同居の方全員の人数 人） <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者がいる						
主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中						介
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある （具体的に)						介
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方						介
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない						
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化（築30年以上）が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他具体的に						住

*裏面もご記入ください

その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声)	身	
	<input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に			
	<input type="checkbox"/> 医療器具を使ったり、医療的な管理が必要 (具体的に)		他
	<input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名)		
入所を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している)		
	[具体的に			

現在受けている介護や治療の様子について

現在の療養場所について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()		
	*自宅にいる方は未記入	施設の名称	施設入所・入院開始日 年 月 日頃
ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネジャーは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
	ケアマネジャーの氏名	事業所名	
		電話 ()	
在宅サービスについて	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままで良い <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい [具体的に] <input type="checkbox"/> 費用のことで困っている		
その他特記すべき事項			

身

他

計

*変更の届出について… 要介護度や状態等が変わった場合は、本申込書を再度提出願います。

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。

私は、以下の3点について同意します。

1. この申込書にある内容を保険者(市)、地域包括支援センター及び指定するケアマネジャーへ提供すること。
2. この申込書にある内容について保険者、地域包括支援センター及び指定するケアマネジャーから情報を収集すること。
3. 貴施設へ入所が決定した場合は保険者、西東京市関連の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)へ入所決定した旨を通知すること。

特別養護老人ホーム

施設長様

平成 年 月 日

施設入所希望者氏名

印

