

記入例

特別養護老人ホーム入所調査票

本人の認知症状	認知機能について	
	短期記憶問題あり 意思の伝達ができない 毎日の日課が理解できない	
	精神・行動障害について	
本人の認知症状	幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 不潔行為 徘徊 介護に抵抗	
	火の不始末 異食行動 性的問題行動 その他 ()	
	介護者についてお聞きします。	
介護者についてお聞きします。	・主介護者氏名 ()・年齢(歳)・性別(男・女)・続柄 ()	
	・同居 別居 (区・市)	
	介護者がいない(親族がいない) 介護者が兄弟・姉妹・孫などで同居していない場合	
	介護者が難病(注1) ()・障害()・要介護者(要介護・要支援)	
	介護者が他にも障害者や高齢者を常時介護している(氏名 続柄)	
	介護者が70歳以上	
	介護者が同居の兄弟・姉妹・孫など	
	介護者が病弱・通院中である (病名: 月 回通院)	
	介護者が働いている・育児をしている・介護のために離職中	
本人の現在の生活	自宅で一人暮らし(日中独居・夜間独居を含む)	
	高齢者のみの世帯(70歳以上)	
	住宅がない、または立ち退きを求められている	
	施設や病院から退所・退院を求められても自宅での介護はできない	
	施設・病院の費用が高額のため経済的負担が大きい	
	その他生活困難な理由 下欄に具体的に記入してください。	
介護期間	申請時在宅(入院中を含む)	
	要介護1以上の時期 (H・R 年 月 日から) (通算 年) 区で確認します。	
介護者の事情、在宅で介護できない事情、早期に入所したい理由等を具体的にお書きください。		計 施設 緊急性 合計
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 施設を希望する理由を具体的に記入してください。記入がない場合、電話等でお聞きする場合があります。 </div>		
(記入欄は状況調査票下欄にもあります。)		

介護をしている方の状況です。

区で確認しますので記入不要です。

施設を希望する理由を具体的に記入してください。記入がない場合、電話等でお聞きする場合があります。

・調査内容について、実態調査をおこなったり、ケアマネージャーに確認することがあります。また、虚偽の記載をした場合は、申込みを取り消すことがあります。

(注1) 悪性腫瘍、人工透析等も含む。