中野区特別養護老人ホーム入所申込書・調査書

年　　月　　日

施設長あて

入居希望者お名前	ふりがな	性別	生年月日	介護保険被保険者番号	○○○
		□ 男 □ 女	□明治 □大正 □昭和 年　月　日		
ご住所	郵便番号 電話　（　　）				
要介護度	要介護　□ 3　□ 4　□ 5　　特例入所者　　要介護 □ 1　□ 2				
同居の方について	□ ひとり暮らし　□ ご夫婦のみ　（相手の方のご年齢　　歳） □ ご夫婦以外に同居者がいる（　　）				
主に介護している方について	介護している方は　□ いる　（年齢　　歳　性別　　続柄　　）　□ いない 主に介護している方は　□ 健康　□ 病弱　□ 病気で治療中　□ 障害がある 主に介護している方は　□ 働いている　□ 働いていない				
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は　□ いる　□ いない 手伝う方がいる場合その方は　□ 親族　□ 近所の方　□ その他の方（　　）				
お住まいについて	今のお住まいは　□ 自宅　□ 自宅以外（病院等を含む）				
	自宅以外にお住まいの方の中で　□ 戻る自宅がある　□ 戻る自宅がない □ 立ち退きを迫られている　□ 転院・退院・退所を迫られている				
	現在いらっしゃる所は　□ 病院　□ 老人保健施設 □ 有料老人ホーム　□ その他（　　）				
介護する上での住宅上の問題	□ 自分専用の部屋がある　□ 自分専用の部屋がない □ 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある　□ 借家のため住宅改修が困難 □ 2階以上に住んでいて、エレベーターがない □ その他（具体的に　　）				
心身の状況に該当するものがあれば	□ 徘徊　□ 被害妄想　□ 暴力行為　□ 不潔行為　□ 異食　□ 大声や奇声 □ 昼夜逆転　□ その他の行為（具体的に　　）				
	□ 経管栄養　□ カテーテル　□ ストマ（人工肛門）　□ 酸素療法　□ インシュリン注射 □ 透析　□ 気管切開　□ その他（　　）				

現在の生活の様子について

居宅サービス	在宅サービスは　□ 使っている　□ 使っていない		
ケアプランについて	ケアプランは　□ ある　□ ない 担当介護支援専門員は　□ いる　□ いない 介護支援専門員の氏名 連絡先（会社名）　電話　（　　）		
ご家族又は代行者のご住所	郵便番号 電話　（　　）		
ご家族又は代行者のお名前	ふりがな	続柄等	

同意書（入所希望者本人の署名。本人が署名できない場合は、本人の了解を得たうえで代行者が本人氏名を記入）

私は、入所に関する方法や手続きについて、説明を受けました。また、私は、この申込書の内容や判定結果及び中野区が保有する私の福祉サービス・介護保険受給情報を、中野区が特別養護老人ホーム入所希望者情報管理に利用することに同意します。

年　　月　　日　　氏名