

入所申込書兼調査書のご記入の仕方について（参考）

入所申込書兼調査書の記入例になっておりますので、ご記入の際はご参考にしてください。

在宅の状態で（入院等の場合は退院後の帰宅先に）同居者がいるかを記入する。

在宅の状態で（入院等の場合は退院後の帰宅先に）介護者がいるかを記入する。
病弱～服薬のみ、自分ひとりで通院できる程度
病気で療養中～通院に介護者が必要等

今いるところ（住所とは違うことがあります）
自宅～借家、アパート等を含める。

介護する人ではなく、申込者本人の立場で記入する。
自分の部屋～本人の落ち着ける部屋
（自分専用でなくても可）

頻度、程度にかかわらず、本人や介護者が気になれば記入してください。

特別養護老人ホーム 羽生の里 入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
申込書記入の方のお名前					
申込書記入の方のご住所	〒 -		この申込書についてのお問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（ ） 電話	
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明大 年 月 日 満 歳
入所申込者ご本人のお名前					
入所申込者ご本人のご住所	〒 -		被保険者番号		
			保 険 者		区・市・町・村
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> 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	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 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 <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"/> それ以外の方（ ）				
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 <input type="checkbox"/> 立退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい				
介護する上で住宅の問題について	<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 （その他具体的に ）				
その他あてはまるもの	<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 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に ） <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に ） <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名 ）				
現在受けている介護や治療の様子について					
ご自宅以外での介護や治療（自宅にお住まいの方は未	・現在いらっしゃるの、 <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（ ） ○施設の名前				