

指定介護老人福祉施設 新清快園

入所申込書 兼 調査票

収
受

申込日 令和 年 月 日

申込者	氏名	〒 _____		入所希望者との関係	
	住所	〒 _____		電話	
入所希望者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明治 大正 昭和 年 月 日	歳
	住所	〒 _____ 電話			
入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いつか入所したい(平成 年 月 頃)				
現在の所在	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している <input type="checkbox"/> 病院 [_____ HP] <input type="checkbox"/> 老健施設 [_____] <input type="checkbox"/> 他施設 [_____] 施設・医療機関等の場合 → 平成 年 月 日～入所(入院)				
介護保険	被保険者番号(_____) 保険者名(_____) 保険者番号(_____)				
	<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 認定期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
認知症の状態	<input type="checkbox"/> 常に介護や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 少々の認知力低下があるが日常生活はほぼ自立 <input type="checkbox"/> 時々介護や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 特に問題なし				
同居者について	<input type="checkbox"/> ひとりで暮らしている <input type="checkbox"/> 夫婦で暮らしている(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 夫婦以外に同居者がいる(相手の方との関係 _____)				
主たる介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りも介護者も全くいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、疾病や障害により療養中である <input type="checkbox"/> 主たる介護者が複数の要介護者を介護している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児中又は就労している <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠方である <input type="checkbox"/> 上記に該当なし				
	主たる介護者 氏名 _____ (続柄 _____) 生年月日 _____ 年 月 日 (歳) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居:住所 _____				
	<input type="checkbox"/> 介護に大きな負担感があり、実際に怒鳴ったり、手を出してしまうことがある <input type="checkbox"/> 怒鳴ったりはしないが、常にストレスを感じている <input type="checkbox"/> 時々ストレスを感じるが、息抜きをすることができる <input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好ではない <input type="checkbox"/> 特に負担はない				
住居の状況	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる → <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 同居以外の家族 <input type="checkbox"/> その他の方 <input type="checkbox"/> いない				
	<input type="checkbox"/> 住居がない <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 住宅の構造上、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 特に問題なし				

* 裏面もご記入ください

