

特別養護老人ホーム岩倉一期一会荘入所調査票

以下該当する事項「□」内にチェック（☑）を付けてください。必要事項は文章での記入をお願いします。

入所希望施設	<input type="checkbox"/> 岩倉一期一会荘（従来型施設） <input type="checkbox"/> 両施設共に申し込む <input type="checkbox"/> 岩倉一期一会荘 花むすび（ユニット型施設）
申込み状況	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームは岩倉一期一会荘のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる（予定も含む） <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> ぬく森 <input type="checkbox"/> 犬山白寿苑 <input type="checkbox"/> サンライフ江南 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 扶桑苑 <input type="checkbox"/> 御桜乃里 <input type="checkbox"/> ジョイフル江南 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 第2ジョイフル江南 <input type="checkbox"/> その他（ 合計 施設 </div>
入所希望をされる主たる理由（複数可）	<input type="checkbox"/> 寝たきり等により、日常生活全般に介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 認知症等により、常時の見守り、介助が必要である。 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが十分ではない。（夜間訪問介護など） <input type="checkbox"/> 介護保険の限度額を超えてサービス利用をしており、経済的負担が重い。 <input type="checkbox"/> 介護保険の利用者負担（1割負担等）が経済的に負担できず、十分なサービスを受けられない。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 介護者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、日中不在である。 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 介護者が入院している。 <input type="checkbox"/> 介護者が65歳以上の高齢者である。 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 介護者が病弱である。 <input type="checkbox"/> 介護者が育児をしている。 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> 介護者が別居している。 <input type="checkbox"/> その他（ </div>
希望時期	<input type="checkbox"/> 早急に入所を希望する（早期入所を希望されない方は自由記載欄にご記入ください）

【入所申込者の状況】

入所申込者の状況	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり [<input type="checkbox"/> 夫または妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ その他（	
	住居	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 賃貸住宅などのため住宅改修の許可がない <input type="checkbox"/> 十分な介護スペースを確保することが困難（家が狭い、2階以上に住んでいる等） <input type="checkbox"/> その他（詳しく：	
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他・サービス（ （名称） : 年 月頃より （電話番号） （ケアマネジャー・相談員等）	
	その他	介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> あり（食事の負担限度額 円）
		成年後見制度	<input type="checkbox"/> 利用している（後見人名：）
		生活保護	<input type="checkbox"/> 受けている
身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> あり（ 級）	
精神障害者保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> あり（ 級）	
在宅重度障害者手当、特別障害者手当等の受給		<input type="checkbox"/> あり	

日中の様子		<input type="checkbox"/> 起きて過ごしている	<input type="checkbox"/> ほとんど寝て過ごしている			
(特記事項)						
食事	<input type="checkbox"/> 口からの摂取（食事の形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー食） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻） <input type="checkbox"/> 点滴					
	(特記事項)					
排泄	<input type="checkbox"/> トイレにて <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 <input type="checkbox"/> ベッド上にてオムツの交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	(特記事項)					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 行っていない					
	(特記事項)					
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 杖などを使用し、一人で歩くことができる <input type="checkbox"/> 車イスを自分で漕ぐことができる <input type="checkbox"/> 車イスで移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動できない					
	(特記事項)					
入所申込者の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（診断名： ）					
	症状					
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回	<input type="checkbox"/> 週1～2回	<input type="checkbox"/> 月数回程度	<input type="checkbox"/> 3ヶ月に数回
(その他特記事項を具体的にご記入ください)						

【主たる介護者の状況】

該当する事項「□」内にチェック（☑）を付けてください。必要事項は文章での記入をお願いします。

介護者（主にお世話をしている方）の有無		□ あり □ なし	
ふりがな	生年月日	大・昭・平	年 月 日
氏名	男・女	続柄	
居住状況	□ 同居している □ 別居している		
住所	□ 申込代理人と同じ □ 申込代理人と別		
介護者の健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱（病名・入院歴など） <input type="checkbox"/> 障害者手帳など保持（障害名・等級） <input type="checkbox"/> 要介護状態（要支援 1・2 要介護度 1・2・3・4・5）		
就労状況	□ 終日就労 □ 半日程度（4時間以上） □ 無職		
育児状況	□ 育児を必要とする子供（未就学児）がいる（年齢：計名）		
介護状況	<input type="checkbox"/> 同居して介護をしている <input type="checkbox"/> 通い介護をしている（ <input type="checkbox"/> 近距離（車で約1時間以内） <input type="checkbox"/> 遠距離）		
介護者以外の家族状況	<input type="checkbox"/> 申込者とは別に病弱の家族がいる（ <input type="checkbox"/> 自宅療養中 <input type="checkbox"/> 入院中） <input type="checkbox"/> 申込者とは別に要介護状態の家族がいる（要支援1・2 要介護度 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 申込者とは別に障害者手帳保持者がいる（身体障害者手帳をお持ちの方は障害名と等級をご記入ください）		
これまでの介護期間	在宅で	年 月頃から申込者の介護をしている	
		<input type="checkbox"/> 3年以上	<input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満
	施設で	年 月頃から	
		<input type="checkbox"/> 5年以上	<input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 2年以上 <input type="checkbox"/> 1年以上

主たる介護者の状況

【家族の構成図】

（記入方法）

男性：□ 女性：○

※本人は二重（例：◎）

※故人の場合は黒塗り（例：■、●）

※同居世帯を○で囲む

※結婚：＝ ※親子：－

（例）

*上記、要介護状態の家族、障害者の方は構成図内にわかるように記載をお願いいたします。

ありがとうございました。

【お願い】

この申込書・調査票は入所検討委員会の資料として使うものです。申込書・調査票のみで入所の可否・時期が決定するものではありません。また、申込書・調査票の記載については介護支援専門員に相談して記載していただいても結構です。なお、内容について不明な部分がありましたら、施設よりお問い合わせします。また、担当の介護支援専門員、若しくは入院、入所している施設にご質問させていただくこともありますのでよろしくお願いします。

【下記について、ご確認をお願いします】

- ・愛知県在宅重度障害者手当、特別障害者手当、特別児童扶養手当、児童扶養手当及び愛知県遺児手当等受給者の方が施設入所した場合は受給資格が喪失します。施設入所の際には、市区町村役場にその旨を届け出る必要があります。
- ・施設入所に伴い、後期高齢者福祉医療費被受給者証の受給資格が喪失する場合があります。各市町村でご確認ください。