

## 特別養護老人ホーム入所調査票

### < 変更 >

変更する項目に を記入してください。

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	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( )
介護をしている家族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(子がいないため介護者が兄弟・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( 級)・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。		

・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。