様式１－２

特別養護老人ホーム入所調査票

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(　　)・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。
介護期間	□申請時在宅(入院中を含む)
	□要介護1以上の時期（Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日から）（通算　　年）※区で確認します。

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。 （記入欄は状況調査票下欄にもあります。）	計 施設 緊急性 合計

・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。