

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書
指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(地域密着型特別養護老人ホーム)入所申込書

(地域密着型)

申込日 平成 年 月 日

特別養護老人ホーム 敬愛園 施設長 殿

申込者
 ご本人
 ご家族
 代理人

住 所	〒		
ふりがな		本人との続柄	
氏 名			
電 話 番 号			

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな				性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢		
ご本人の氏名				生年月日				
				電話番号				
本人の現住所	〒							
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)						保険者	
	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		
	認 定 期 間	～						
介護者の状況	ふりがな				性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	
	氏 名				生年月日			
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所)						
	疾 病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)						
	就 労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等)					
			<input type="checkbox"/> その他()					
			<input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他()					
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)							
指定居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所							
	上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1～2日 <input type="checkbox"/> 3～4日 <input type="checkbox"/> 5～7日							
住 居 環 境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 (<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)						
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院名 施設名	電話番号			入院等の時期 (平成 年 月頃)			
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った) (<input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活 困難の理由							
緊 急 性	<input type="checkbox"/> 介護サービスを提供する 事業所が地域に無い	<input type="checkbox"/> 介護者が急死 又は長期入院	<input type="checkbox"/> 食事が提供さ れない	<input type="checkbox"/> 経済的困 窮	<input type="checkbox"/> 虐待が疑われ る			
医療的処置の状況	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> インスリン注射						
参 考 事 項	居宅介護支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他の施設 への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※既に申込んでいる施設名:						
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい						
	行 動 障 害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	健康保険種別	年金種別						

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。