

特別養護老人ホーム慈苑 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム慈苑 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	歳
ご本人の氏名			生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒		電話番号	()		
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		令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
介護者の状況	ふりがな			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続 柄
	氏 名			生年月日	年 月 日	年 齢 歳
	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)				<input type="checkbox"/> なし
	就 労	<input type="checkbox"/> 働いている <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"/> 働いていない(<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:)				<input type="checkbox"/> なし	
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"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴			
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。