

# 指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入居申込書

様式1

申込日 平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム 寿光荘 ソエル施設長 殿

申込者  
ご本人  
 次の者が貴施設に入居したいので  
ご家族  
 申し込みします。  
代理人

住所			
ふりがな			本人との続柄
氏名			
電話番号	( )	携帯	- -

希望施設 **寿光荘・ソエル(既存・ユニット)・花いずみ** 受付者 **寿・ソ・花**

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	M・T・S	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	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	平成 年 月 日	
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"/> 訪問リハビリ( ) <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			
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院名施設名			担当者名	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					
	当法人以外の施設を利用されても申込みを継続いたしますか ( はい 、 いいえ )					
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				
その他利用者の状況						
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
	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					
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)				
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"/> 経済的 <input type="checkbox"/> 家庭環境・家族状況	
その他介護者状況						
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"/> 今すぐにでも入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入居したい				
	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	国民・後期高齢		年金種別	国民・厚生・共済 年額		
特記事項						

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。