

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

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 浅岸和敬荘 施設長 様

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 | 明治 大正 昭和 | 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 (市町村) | | | | |
| | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <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 ~ 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 主たる介護者の状況 | ふりがな | | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 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 | | | | | | | |
| 指定居宅介護サービス | <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、段差等) | | | | | | |
| 退院・退所後の在宅生活 | 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) | | | |
| | 在宅生活困難理由 | | | | | | | |
| 特筆すべき事項 (特例入所の要件関連) | <input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している | | <input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している | | <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる | | <input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない | |
| | <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である | | | | | | <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生 | |
| 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"/> たんの吸引 <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 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 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"/> 当施設のみ申し込み | | <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 | | | | | |
| 健康保険種別 | | 年金種別 | | 障害手帳 | 有・無 | 生活保護受給 | 有・無 | |

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。

負担限度額 非該当 該当

居室希望 個室 多床室 どちらでも可