

## 指定養護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日: 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム ふくしの里 慶泉荘 施設長 様

申込者	住所	〒		
<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな			本人との続柄
	氏名			
<input type="checkbox"/> ご家族	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			
ご本人の現住所					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 ※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	令和 年 月 日			～	令和 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	
	居住環境	<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有り (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"/> 短期入所生活介護			
	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 ( <input type="checkbox"/> 階/エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし)
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)		
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名			入院等の時期 ( 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 (特列入所の案件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障をきたしている。	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障をきたしている。	<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"/> 人口肛門 <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( )		
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名			担当 ケアマネージャー
	他施設 への 申込み	<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"/> 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 月頃に入所したい		
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うえ、施設に提示してください。				