

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  関生園  
 明生園  
 地域密着型介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム  真生園

【 受付施設 : 関・明・真 】  
 【 受付者: \_\_\_\_\_ 】

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	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 ※ 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 ~ 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"/> 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"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<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	指定居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		
	他施設への申込	<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				
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。

