

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: 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 慶泉荘 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	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	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 (<input type="checkbox"/> 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"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である	<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"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
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 <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。				