

特別養護老人ホームいこいの麓・滝沢あなぐち 入居申込書

申込日：令和 年 月 日

特別養護老人ホームいこいの麓・滝沢あなぐち 施設長 様

- 申込者
- ご本人
 - ご家族
 - 代理人

住所	〒 -		
フリガナ	本人との続柄		
氏名			
電話番号			

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

(関係機関への問い合わせ: 可・ 否)

フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
本人の現住所	〒 -		電話	()		
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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
主たる介護者の状況	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) 〒 -				
	疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)				
	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"/> なし <input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)				
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <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"/> 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)					
住居環境	介護環境	特記事項(トイレや浴室、段差等)				
	病院名 施設名			入院等の時期	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 令和	
退院・退居後の在宅生活	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、日常生活に支障をきたしている <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である				
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()				
	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		
参考事項	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申し込む ※既に申し込んでいる施設名()				
	入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入居したい				
	健康保険種別			年金種別	生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級、部位:)				

注) 介護保険の被保険者証、負担割合証をご持参の上、施設に提示して下さい。

