

特別養護老人ホーム高寿園 施設長 様

申込者

- 本館 ご本人
 別館 家族
 独居 どちらでも 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: H 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 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中)						
		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(但し、福祉用具は除く)			<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 <input type="checkbox"/> 小規模多機能施設 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階建て) <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) <input type="checkbox"/> 仮設住宅							
住居環境	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				電話番号			
	施設名				入院等の時期について 令和 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"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である						<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	
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()							
参考資料	指定居宅介護支援事業所				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			
その他								

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設へ提示して下さい。

受付日 令和 年 月 日
 受付者

※なお、担当者不在時は後日、当方よりご連絡をいたしますので、上記連絡先への記入も合わせてお願い致します。