

入所・入居申込書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 千年苑 苑長 殿

申込者

ご本人 ご家族 代理人

ふりがな			本人との 続柄
氏名	④		
住所	〒 -		
電話番号	()	日中	()

次の者が貴施設に入所・入居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		明・大・昭		年	月 日
	電話番号		()			
本人の現住所	〒 -					
郵便等の 送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	〒 -			
	被保険者番号(右詰め)		保険者			
要介護 認定状況	要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <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	大・昭・平	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	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"/> 働いていない	<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					

指定居宅サービスの利用状況	<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"/> 一戸建住宅 (<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)			
病院、介護保険施設等への入院(入所・入居)の状況	病院施設名	電話番号	入院等の時期 年 月 頃		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所・居)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所・居)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)			
	在宅生活困難の理由				
緊急性	<input type="checkbox"/> 介護サービスを提供する事業所が地域に無い		<input type="checkbox"/> 介護者が急死又は長期入院		
	<input type="checkbox"/> 食事が提供されない <input type="checkbox"/> 経済的困窮		<input type="checkbox"/> 虐待が疑われる		
医療的処置の状況	既往歴	病名	期間	病院名	
			年 月～ 月		
			年 月～ 月		
	現在治療中の病名		年 月～ 年 月～ 年 月～		
医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射(<input type="checkbox"/> 回/日) <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				
参考事項	居宅介護支援事業所名		担当ケアマネージャー		
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み	*既に申し込んでいる施設名		
		<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申し込む	()		
入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所・入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所・入居したい				
	<input type="checkbox"/> 年 月 頃入所・入居したい				
行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他()				
希望施設	<input type="checkbox"/> 本館(多床室) <input type="checkbox"/> 新館(個室)				

受付印

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。

記入例

入所・入居申込書

申込日 令和 年 月 日

介護老人福祉施設 千年苑 苑長 殿

申込者

 ご本人 ご家族 代理人

ふりがな	ちとせ たろう		
氏名	千年 太郎	本人との続柄	長男
住所	〒020-0000 盛岡市上太田〇〇-〇〇		
電話番号	019 (600) 0000	日中	090 (0000) 0000

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	ちとせ はなこ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	84 歳		
ご本人の氏名	千年 花子		生年月日	明・大(昭) 3 年 1 月 1 日				
			電話番号	019 (600) 0000				
本人の現住所	〒020-0000 盛岡市上太田〇〇-〇〇		申込者と住所が同じ場合は“同上”と記入					
郵便等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	〒 -	本人の住所以外へ郵送希望の場合は郵					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者	盛岡市				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" 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 24 年 4 月 1 日 ~ 25 年 3 月 31 日						
“介護保険被保険者証”の記載内容通り記入して下さい。	ふりがな	ちとせ そのこ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	長男妻	
	氏名	千年 苑子		生年月日	大(昭)・平 27 年 2 月 1 日		年齢	60 歳
	居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居						
	疾病	<input type="checkbox"/> あり 具体的な症状や治療の頻度： 現在治療中の病気等あれば記入して下さい。						
	介護者の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし						
就労	<input checked="" type="checkbox"/> 働いている	<input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 会社等勤務(<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> パート等)						
	<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 checked="" type="checkbox"/> なし							

様

記入例

指定居宅サービスの利用状況	<input checked="" 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)			
	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一戸建住宅 (<input type="checkbox"/> 平屋 <input checked="" type="checkbox"/> 2階建)		
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等) 例) 玄関や居室入口に段差がある、廊下が狭い 等		
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院施設名	電話番号	入院等の時期	
	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)		
	在宅生活困難の理由	例) 介護者がいない、高齢、病気で介護が出来ない 等		
緊急性	<input type="checkbox"/> 介護サービスを提供する事業所が地域に無い		<input type="checkbox"/> 介護者が急死又は長期入院	
	<input type="checkbox"/> 食事が提供されない		<input type="checkbox"/> 経済的困窮 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる	
医療的処置の状況	既往歴	病名	期間	病院名
		胃がん	昭和 60 年 4 月 ~ 12ヶ月	〇〇病院
	現在治療中の病気	高血圧症	平成 5 年 4 月 ~	〇〇病院
		アルツハイマー型認知症	平成 6 年 5 月 ~	〇〇病院
医療的処置の状況	現在治療している病気を記入して下さい。			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 人口肛門	<input type="checkbox"/> インスリン注射 (<input type="checkbox"/> 回 / 日)	
	<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	
参考事項	居宅介護支援事業所名		担当ケアマネージャー	
	△△事業所		□□ケアマネ	
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み	*既に申し込んでいる施設名	
		<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	(△△△)	
入所時期の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐにも入所・入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい			
行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
希望施設	<input checked="" type="checkbox"/> 本館(多床室) <input type="checkbox"/> 新館(個室)			

在宅サービスを利用している場合は記入して下さい。入院・入所中の方は記入不要です。

入所を希望する施設を選択して下さい。従来型(多床室)またはユニット型(個室) <同時申込可>をチェック

受付印

注) 介護保険の被保険者証、印鑑をご持参の上、施設に提示し

記入時、不明点ありましたら電話または申込時にお尋ね下さい。