

記入例

入所・入居申込書

申込日 平成 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		本人との続柄	長男
氏名	千年 太郎			
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”と記入して下さい。				
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送先を記入して下さい。				
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 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					
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

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。

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、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所	
	上記サービスの過当たりの利用日数 <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 ) <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) 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 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
		過去に治療し、現在は治療していない病気を記入して下さい。		
	現在治療中の病気	高血圧症 アルツハイマー型認知症	平成 5 年 4 月～ 平成 6 年 5 月～	〇〇病院 〇〇病院
	現在治療している病気を記入して下さい。			
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(      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"/> 当施設のみへ申込み <input checked="" 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	*既に申し込んでいる施設名 (      △△△      ) (                )	
	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 <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 checked="" type="checkbox"/> 本館(多床室) <input type="checkbox"/> 新館(個室)			

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。

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)のどちらかをチェックして下さい。

注) 介護保険の被保険者証、印鑑をご持参の上、施設に提出して下さい。