

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			本人との 続柄
氏名	①		
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	〒 -				
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 <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	平成 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：					
	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() <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 平成 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		
	現在治療中の病気		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。