

入所申込希望者 様

この度は千年苑の入所申込をご検討いただきまして、誠にありがとうございます。
入所申込に関する書類を添付致しますので、ご確認いただきますようお願い申し上げます。

■添付内容

- ・入所申込書 2枚
- ・別紙追加資料 1枚

入所申込の受理にあたっては、家族状況なども把握させていただく必要がある為、ご多忙のところ大変恐縮ですが、別紙追加資料についても記載していただきますようご協力お願い申し上げます。

■ご返送いただく書類について

- ・入所申込書 ※「申込者」欄に1ヵ所捺印が必要です。
- ・別紙追加資料
- ・介護保険証のコピー ※必ず必要ですので、忘れずに同封下さい。

尚、申込内容につきまして当施設よりご連絡をすることがございますが、ご理解賜りますようお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さいませ。

社会福祉法人 千晶会
特別養護老人ホーム 千年苑
担当：生活相談員
TEL:019-658-1173
FAX:019-658-1174

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			◎	
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() <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"/> 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(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
			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(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"/> 当施設のみ申し込み	*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	()
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所・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。

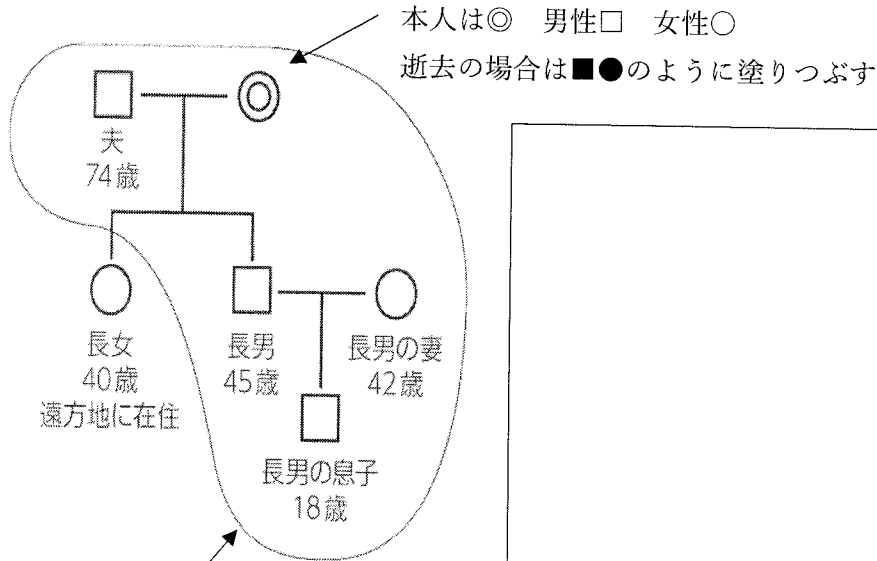
別紙追加資料

・ご家族構成について

同居、別居に関わらず、お分かりの範囲で枠内にご記入下さい。(簡単で結構です)

下の(例)を参考にご記入いただければと思います。

(例)



ご本人と同居されている方を囲んで下さい

・生活歴について

これまでの生活の様子についてお伺い致します。(出身地、お仕事、趣味等) ご自由に記載下さい。

・その他

ご本人との関わりについて日頃気を付けている部分や、ご家族の支援状況について等、気になる点がございましたらご自由に記載下さい。(なければ空欄で結構です)

※裏面の記載にもご協力お願い致します※

申込者様の分かる範囲で結構ですので、ご記入いただきますようお願い致します。

身体 の 状況 ※注1	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 悪い	()		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 悪い	()		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		【オムツの使用】	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> 夜のみ		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
移動・ 歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩き			
家族 状況 ※注2	氏名		続柄	年齢	備考		
	①						
	②						
	③						
	④						
申込理由 きっかけ					年金受給額 (月額)	万円	
年金等	<input type="checkbox"/> 国民	<input type="checkbox"/> 厚生	<input type="checkbox"/> 共済	<input type="checkbox"/> 遺族	<input type="checkbox"/> その他()	負担限度	段階
健康保険	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢者	<input type="checkbox"/> その他()	負担割合	割	※注3
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有	種類		名障害		判定	級(度)
	<input type="checkbox"/> 無						

※注1…入院中等の理由でご本人の状態がわからない際は空欄でも結構です。

※注2…ご本人の介護支援をされているご家族についてご記入をお願い致します。

※注3…負担限度とは「介護保険負担限度額認定」、負担割合とは「介護保険負担割合」のことです。

わからない際は空欄でも結構です。