

特別養護老人ホーム まごころ館四街道 入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

施設長 殿

申込者(手続きに来た人)

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒 _____ 【電話番号】 ()		

○貴施設に入居したいので申し込みます。

氏名		男・女	明大昭	年	月	日	才
住所	〒 _____						
介護保険	要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号
認定期間	年 月 日 から 年 月 日						
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の					
	<input type="checkbox"/> 入院中	名称					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	入院・入所期間		年 月 日 ~			
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		《おむつの使用》 なし		夜のみ 昼夜			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		【主食】 普通	軟食	お粥	ペースト	流動食	
		【副食】 普通	一口大	刻み食	ペースト		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 失明			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大体わかる	<input type="checkbox"/> かるうじてわかる <input type="checkbox"/> わからない				
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態				
	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転				
	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他【 】				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 床ずれ				
	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門処理	<input type="checkbox"/> その他【 】				
	※現在治療中の病名【 】		【 】受診医療機関【 】				
※特記事項							
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者もないため <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能。 <input type="checkbox"/> 主介護者が、病気療養中・障害を有する・高齢などの状況にあり十分な介護が困難。 <input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい						
	※該当する項目 全て選んで下さい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()						

家族状況	氏名	続柄	同居・別居	別居の場合	
				住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>		同・別		
	<input type="checkbox"/>		同・別		
	<input type="checkbox"/>		同・別		
	<input type="checkbox"/>		同・別		
	<input type="checkbox"/>		同・別		

※には主介護者をチェックして下さい。

身元引受人	氏名	続柄	住所	電話番号

入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい	<input type="checkbox"/> 年 月 日頃までには入所したい
希望居室	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 個室以外
介護保険負担限度額認定証の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

入居希望者本人の情報	在宅介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (週 回以上) <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア (週 回以上) <input type="checkbox"/> ショートステイ/療養介護 (3ヶ月の利用日数合計 日) ⇒前月・今月・来月(予定)分 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(夜間対応型ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護(認知症対応型デイサービス) <input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> その他【 】
	現在該当するサービスにチェック	

担当ケアマネジャー	氏名	連絡先
	事業所名	電話

特記事項	
------	--

同意書	県または市から求められた場合には、これを提出することに同意します。
	年 月 日 氏名 印

※介護保険被保険者証・直近のサービス利用表及び別表の写しを添付して下さい。