

社会福祉法人敬愛会 施設入所申込書

申込日： 年 月 日

特別養護老人ホーム 志和荘 施設長 様

地域密着型介護老人福祉施設 悠和荘 施設長 様

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒	
	ふりがな		本人との続柄
	氏名		
	電話番号	()	

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					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名					生年月日	年 月 日		
本人の現住所	〒				電話番号	()		
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒				
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 ※ 市町村への照会： 年 月 日 結果： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <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						
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢa以上)である		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
	特例入所該当理由							
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 一割負担 <input type="checkbox"/> 二割負担 <input type="checkbox"/> 三割負担							
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階(非該当) <input type="checkbox"/> 未申請							
主介護者の状況	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名				生年月日	年 月 日		年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)					
	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"/> その他()				
		<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 type="checkbox"/> なし	

様式1-2

その他の家族の状況 ※入所希望者と世帯分離、二世帯住宅、同一敷地内に居住している場合であってもご記入ください。	同居家族	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し						
	続柄	氏名	年齢	職業	続柄	氏名	年齢	職業
指定居宅介護サービス	<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"/> 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)						
退院・退所後の在宅生活	病院名 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)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 困難理由							
医療的処置の状況	かかりつけ医 (主治医)	【 病院・医院 】 主治医名:						
	現病名や既往歴							
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> たんの吸引						
		<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <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 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他(
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名				担当ケアマネジャー			
	他施設への 申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み		
		※ 既に申込んでいる施設名:						
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい						
健康保険種別				年金種別				

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。