

地域密着型特別養護老人ホームの郷入所申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

施設長殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

氏名		続柄	
住所	〒 _____ 【電話番号】 ()		

あじさい苑入所希望者名簿に記載いたしますので下記の事項にご記入ください。

フリガナ 氏名		男 女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳		
住所	〒 _____ 【電話番号】 ()								
介護保険	被保険者番号	要介護度			1	2	3	4	5
日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								
認定期間	年		月	日から			年	月	日
健康保険	種別	記号・番号							
年金等	種別								
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院 又は 施設	名称						
	<input type="checkbox"/> 入院中		住所						
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年	月	日～			
心 身 状	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト食			
	[副食]	<input type="checkbox"/> 普通菜	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ペースト食				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	[オムツ使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜のみ		<input type="checkbox"/> 昼夜				
	着脱	<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"/> 弱視		<input type="checkbox"/> 全盲					
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 難聴					
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由		<input type="checkbox"/> 不自由					
問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊						
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食						
	<input type="checkbox"/> その他	()							
医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】								

入所を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる <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、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、高齢等の状況にあり、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 <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()
-------------------------------------	---

家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居 別居の別	(別居の場合)	
	主介護者には□にチェック				住 所	電話番号	
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

身元引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住 所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい
-----------	---

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____
------	--

特記事項	
------	--

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 年 月 日 氏名: _____
-------	---

※ 被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください