

社会福祉法人二桜会 特別養護老人ホーム入居申込書

表

様式1

申込日 令和 年 月 日

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住所			
ふりがな	本人との続柄	生年月日	
氏名		S・H 年 月 日	
電話番号	()	携帯番号	-

※1 原則として、入居申込者は本人及び家族、又は代理者となります。 ※2 今後の連絡先とさせていただきます。

希望施設	寿光荘(ユニット) ・ 寿光荘清水(既存) ・ ソエル(既存・ユニット) ・ 花いずみ(既存)
------	---

※ 希望する全ての施設に○をしてください。

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	T・S	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	〒		

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 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区変申請(月)				
	負担割合	1割・2割・3割	負担限度額	1段階・2段階・3段階①・3段階②・4段階		
現在の居宅サービス利用状況	<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() <input type="checkbox"/> 通所介護()					
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ() <input type="checkbox"/> 短期入所()		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			
	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		

病院、介護保険施設等への入院(入居)の状況	病院名施設名	担当者名		入院等の時期(年 月 日)		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(居)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(居)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
医療的処置の状況	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"/> 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				
	かかりつけ医療機関	①	②	③		

参考事項	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <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む		
	※既に申込んでいる施設名:			
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入居したい		
	高齢者住宅、GH、老健、病院等(当法人以外)の施設を利用されても申込みを継続いたしますか(はい、いいえ)			
	医療保険種別	国民・後期高齢	医療費減免等	重度・特定疾患・その他()
年金種別	国民・厚生・共済	年額 万	障害・遺族・恩給 年額 万	

その他本人状況	
---------	--

介護者情報



家族状況	氏名	続柄	生年月日	居住区分		勤務先	住所(別居の場合)	
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		
				年 月 日	同	別		

在宅介護困難の 主な理由	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等であり、家族等の介護者がいない ()						
	<input type="checkbox"/> 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ()						
	<input type="checkbox"/> 主介護者が育児、家族の看病を行っている ()						
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の家族等を介護している ()						
	<input type="checkbox"/> 主介護者が就労しており、介護困難である ()						
	<input type="checkbox"/> 介護により生計維持者の就労が困難になっている ()						
	<input type="checkbox"/> 同居家族や別居家族による協力が得られない ()						
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難である ()						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

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"/> 経済的	<input type="checkbox"/> 家庭環境・家族状況	<input type="checkbox"/> その他
-----	---	---------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------

特記事項 (施設記入)	
----------------	--

(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

	受付者	寿・清・ソ・花
--	-----	---------