

入所申込書

特別養護老人ホームかさかけの里

(表) 受付日

年

月

日

フリガナ 氏名 (入所希望者)	介護保険者 (市町村名)	みどり市・その他 ()			
	被保険 者番号
生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	性別 男・女
入所希望者の状況					
*以下の該当する箇所 (□) に (レ) 印を付けてください。					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)				
現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 ※同居家族の構成： <input type="checkbox"/> 入院(所)中 (<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) ※ 施設名又は病院名： ※ 入所(院)時期； 年 月 から				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> 入所を希望する理由 ※該当するものを全て選んでください <input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢、疾病、障がいのための介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、就労・育児等のための介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> その他(介護で困っている事がありましたら、お書き下さい。 []				
要介護1又は2(特例入所)の方については、以下の該当するものにレ印を付けてください。 (特例入所の該当条件) <input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害、精神障害等であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である。同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、地域の介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 ※上記に当てはまる具体的な事由で記入してください。 []					

医療の状況	<p>医療の状況 <医療の対応></p> <p>*当てはまるものに、(レ)印を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養(胃ろう 鼻腔) <input type="checkbox"/>人工肛門 <input type="checkbox"/>ペースメーカー</p> <p><input type="checkbox"/>インシュリン注射 <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>尿管カテーテル</p> <p><input type="checkbox"/>現在治療中の病気や既往歴など、その他注意すること</p> <p>[]</p>
-------	--

希望入所時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 年 月頃が希望
--------	--

希望棟	<input type="checkbox"/> 従来棟のみ希望 <input type="checkbox"/> ユニット棟のみ希望 <input type="checkbox"/> どちらでも良い
-----	--

現在の介護	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設(病院名: 入院日 . .) <input type="checkbox"/> その他施設(施設名: 入所日 . .)
-------	---

他施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込みなし <input type="checkbox"/> 申し込み(予定)あり <input type="checkbox"/> その他()
---------------	---

申込者欄<家族等>

フリガナ 氏 名		介護者の 年 齢		本人と の続柄	
-------------	--	-------------	--	------------	--

(郵便物の送付や施設からの連絡先)

〒 ※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願いします。

住 所

電話番号 — — 携帯電話 — —

留意 本申込書に記載した事項や介護する家族等の状況に変更があった場合、
 事項 他の特別養護老人ホームに入所した場合は、必ず施設に連絡してください。

説明 入所申込に係る説明事項について確認しました。

確認欄 年 月 日 署名 印

申込代理者欄<介護支援専門員>

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員は申込み場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込を行う 介護支援専門員	フリガナ (氏名)	連絡先 電話番号	— —
--------------------	--------------	-------------	-----

介護支援事業所

代理申込を行う介護支援専門員の意見

※本人又は家族等への連絡先を上記申込欄<家族等>に記入してください

説明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します 年 月 日	代理申込 介護支援専門員名	
-----------	--	------------------	--