

入 居 申 込 書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム
せせらぎのさと蔵王 施設長 殿

次の通り施設入居を申込みます。

申込者氏名		続柄	
住所	〒		
電話	自宅		携帯電話
	勤務先		名称

入 居 希 望 者 の 状 況										
ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	満 歳			
氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日		
住所	〒									
介護保険	被保険者番号							保険者番号		
	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								
健康保険	(種別・番号)									
障害者手帳等	手帳の種類	障害名:								
	判定	級(度)			年	月	日			
年金等	種別				支給年額					
	種別				支給年額					
	種別				支給年額					
主治医	医療機関名									
	主治医氏名				電話番号 ()					
担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いない									
	<input type="checkbox"/> いる		事業所名							
		担当者氏名			電話番号 ()					
病歴	現在治療中の病気や今までの病気・怪我									
	現在受けている処置について ※該当するもの全てに○をつけて下さい 経管栄養(経鼻・胃ろう・その他) ・ 在宅酸素 ・ インスリン ・ ストマ 膀胱留置カテーテル ・ その他 ()									

心身の 状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している (食事の内容： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー等 <input type="checkbox"/> 経管栄養食)		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している (オムツ使用： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時使用)		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している		
	着 替 え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助している (使用する道具： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり)		
	服薬内容	お薬手帳などを参考に記入して下さい		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難() <input type="checkbox"/> 困難()		
問題行動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他()			
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用している ※利用しているもの全てに○をつけて下さい 訪問介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問入浴 ・ デイサービス ・ ショートステイ			
現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と一緒に暮らしている (同居人数： 名) <input type="checkbox"/> 病院へ入院中 (いつから 平成 年 月 日～) (入院先：) <input type="checkbox"/> 施設へ入所中 (いつから 平成 年 月 日～) (入所先：)			
介護協力者氏名(家族等)	続柄	年齢	同居・別居	住所(本人と同じ場合不要)
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
主たる介護者	ふりがな 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	生年月日 年 月 日
主たる介護者 の状況	<input type="checkbox"/> 介護者があり、ほぼ常時介護が可能 <input type="checkbox"/> 介護者はあるが、高齢・障害等により十分に介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者はあるが、就労や他にも介護しており、十分に介護する時間が保てない <input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> その他の理由により、介護が困難な状況がある ※困難な理由 ()			
その他 (特記事項)				

【添付書類確認】

- ・ 介護保険証写し
- ・ 医療保険証写し
- ・ 限度額認定証写し
- ・ その他参考資料 (ケアプラン等)

施設使用欄

受付番号 _____

受付印