

指定介護老人福祉施設 入所申込書

申込者(連絡先) 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	H / /
受付日	H / /

〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

特別養護老人ホームに入所したいので
次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入所希望施設)		追分陽光苑		保険者		
入居希望者の状況	(フリガナ)			性別		
	氏名			被保険者番号		
	生年月日	年 月 日 () 歳		要介護 認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	現住所	〒 —				
	現況	<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 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 年 月 から入所・入院している				
	介護者等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 7.イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> 7.イ.高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 7.ウ.独居			
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> 7.ア.主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> 7.イ.介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 7.ウ.介護者はいない			
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 7.ア.60歳未満 <input type="checkbox"/> 7.イ.60~74歳 <input type="checkbox"/> 7.ウ.75歳以上(介護者はいない)			
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> 7.ア.健康である <input type="checkbox"/> 7.イ.健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 7.ウ.介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> 7.ア.十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> 7.イ.一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> 7.ウ.ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 7.ア.良好 <input type="checkbox"/> 7.イ.介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 7.ウ.介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)				
	待機状況	<input type="checkbox"/> 7.ア.施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> 7.イ.制限なし <input type="checkbox"/> 7.ウ.6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> 7.エ.6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 7.オ.自宅等				
	在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> 7.ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 7.イ.限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> 7.ウ.限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> 7.エ.限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> 7.オ.限度額の80%以上				
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 7.ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 7.イ.十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> 7.ウ.まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> 7.エ.一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> 7.オ.ほとんどサービスを抑制している				
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> 7.ア.第5段階以上 <input type="checkbox"/> 7.イ.第4段階 <input type="checkbox"/> 7.ウ.第3段階 <input type="checkbox"/> 7.エ.第2段階 <input type="checkbox"/> 7.オ.第1段階				
	住居	<input type="checkbox"/> 7.ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 7.イ.快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> 7.ウ.一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 7.エ.かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 7.オ.帰る住まいがない				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> H / 頃までに入所したい <input type="checkbox"/> その他 ()				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】				
	生活歴	・出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他				
	申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()				
主たる介護者	(フリガナ)			性別		
	氏名			本人との関係		
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)		生年月日	年 月 日	
	意見	【介護をしている上で困っていること等】				
紹介居宅介護支援事業所など			電話番号	- -	担当	