

特別養護老人ホームかがやき 入所申込書



申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
※受付後5年間保存します。				受付時刻	午前・午後	時	分

施設長 殿

申込者（連絡先）

フリガナ		入所希望者との関係
氏名		
住所	〒 電話	

特別養護老人ホーム かがやき に入所したいので、次のように申込み致します。

入所対象者	フリガナ	※必ずフリガナもご記入ください												
	氏名													
	住所	〒	電話											
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女							
		年	月	日 (歳)										
	要介護状態区分	要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (要介護認定申請中 : 申請日 平成 年 月 日)												
	認定有効期間	平成 年 月 日 から	被保険者番号											
		平成 年 月 日 まで												
	原爆手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし												
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手帳の種類 _____ (障害名) (判定 _____ 級(度) 年 月 日)												
現在利用しているサービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所（入院）している <input type="checkbox"/> グループホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム等に入所（入居）している <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ）を利用します <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護を利用している <input type="checkbox"/> デイサービスを利用している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 他の特別養護老人ホームに入所している (施設に入所（入院・入居）している場合) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">施設名又は病院名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入所又は入院期間</td> <td>年 月 日～</td> </tr> </table>						施設名又は病院名		所在地		連絡先		入所又は入院期間	年 月 日～
施設名又は病院名														
所在地														
連絡先														
入所又は入院期間	年 月 日～													
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病院名	主治医名											
服薬状況			病院名	主治医名										
			病院名	主治医名										
※病院からの服薬説明書のコピーを添付して下さい。														

家族や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りが無い、若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、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"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい		
	※該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)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をした後、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 []		
主な介護者	フリガナ			性別
	氏名	続柄 ()		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年 月 日 (歳)
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない		
	意見	(介護している上で特に困っている事)		
担当ケアマネージャー	居宅名			
	氏名			
	連絡先			
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい <input type="checkbox"/> その他 ()			

- 私は、上記入所申込者情報については、特別養護老人ホームかがやきが県または市町村介護保険事業計画策定等のための、情報提供を求められた場合には、その使用について同意します。
- 私は、上記申込者の状況変化については、原則として申込者等からの申告があった場合のみ情報を更新することに同意します。
- 私は施設担当者が担当ケアマネージャーから入所判定に必要な入所申込書等の状況情報を受ける事に同意します。

対象者名

Ⓜ

申込者名

Ⓜ

(施設記入欄) 【受付】

受付年月日	平成 年 月 日	受付者氏名	Ⓜ
特記事項			