

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(特別養護老人ホーム)入所申込書

申込日 令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護:特別養護老人ホームリビングハウスおおほら施設長 様

申込者  
ご本人  
ご家族  
代理人

住所	〒	
ふりがな		本人との続柄
氏名		
電話番号	( )	

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

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		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	〒		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		保険者		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
介護者の状況	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名		生年月日	年 月 日	年齢 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )			
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)			<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(□常勤 □パート等) <input type="checkbox"/> その他( )	
		<input type="checkbox"/> 働いていない(□介護に専念 □高齢 □健康不安 □その他( ))			
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: )			<input type="checkbox"/> なし	
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記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				
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(□平屋□2階建)		<input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)			
退院・退所後の在宅生活	病院名施設名	電話番号		入院等の時期(令和 年 月頃)	
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(□病気が治った □金銭負担が重い)	
	在宅生活困難理由				
特筆すべき事項(特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生
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"/> たんの吸引 <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 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他( )			
参考事項	指定居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー	
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <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"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい			
	健康保険種別		年金種別		

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。