

入所申込者（連絡先等）

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
紹介事業所等	担当者名： 電話番号：（ ）

郵便番号	—	
住所		
入所希望者との関係		
電話番号	()	

入 所 希 望 者 名	フリガナ		介護保険者名															
	氏 名		被保険者番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 12345678901234567890 </div>														
			要 介 護 度	1・2・3・4・5														
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	認 定 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日														
現 住 所	〒 -																	
入 所 希 望 者 の 状 況	現在の状況	<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"/> デイサービス・ショートステイを利用 (利用中の施設名：) <input type="checkbox"/> 施設に入所している (施設名：) <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名：) ※ 入所または入院期間：平成 年 月 日から 入所中・入院中																
	入所を希望する理由 (該当する項目をすべて選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 自宅で介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢のため十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が障害により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が疾病により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情(狭い・立地や地形上)により、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても、在宅生活の維持が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()																
	入所希望の時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月ごろまでに入所したい <input type="checkbox"/> とりあえず、予約だけする																
	申込み状況	<input type="checkbox"/> 三愛園のみ入所希望 <input type="checkbox"/> 他の施設を申し込んでいる (施設名： _____・_____) <input type="checkbox"/> 今後他の施設も申込み予定 施設名： _____・_____._____																

況	介護の状況	【認知症による中等度の問題行動】 <input type="checkbox"/> 昼夜の逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 物を壊す、衣類を破る <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"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気（病名: _____・_____・_____） 特記事項（ _____ ）			
主 た る 介 護 者	フリガナ		性 別	本人との関係	
	氏 名		男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
	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: _____ 電話番号: _____（ _____ ）			
	介護者の意見	(介護している上で困っていること)			

【 説明確認及び同意欄 】

私は、貴施設の入所申込みから入所決定に至るまでの手続き、及び入所順位の決定方法について説明を受け同意しました。

なお、入所を待っている間に貴施設以外の施設に入所が決定した場合、または要介護度や連絡先、介護の状況等に変更があった場合は、貴施設に連絡致します。

平成 年 月 日

氏 名 _____ ⑩ _____

(入所希望者との続柄: _____)