

## 特別養護老人ホーム 三愛園 入所申込書

受付番号: \_\_\_\_\_

## 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	□□□□□□□□□X
	生年月日	要介護度	1・2・3・4・5
	現住所	認定期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日
入所	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、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( )	
の状	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む予定 施設名: _____ · _____ · _____	

況	介護の状況	<b>【認知症による中等度の問題行動】</b> <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： _____ · _____ · _____) <b>特記事項 ( )</b>			
主たる介護者	フリガナ		性 别	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 \_\_\_\_\_ (印) \_\_\_\_\_  
 (入所希望者との続柄： \_\_\_\_\_ )