

特別養護老人ホームひがしばた 入居申込書

社会福祉法人絃寿福祉会
特別養護老人ホームひがしばた 殿

<入所希望者 (本人) >

□欄はレを記入してください

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男・女	明・大・昭	年 月 日 歳
現住所	(〒 -)		電話番号 () -	

<保証人> ※保証人はそれぞれご記入ください。

保証人	フリガナ		続柄	年齢	ご連絡先	
	氏名				自宅	
	現住所	(〒 -)			携帯電話	
					勤務先	
扶養の有無		入所希望者を <input type="checkbox"/> 扶養している <input type="checkbox"/> 扶養していない				
連帯保証人	フリガナ		続柄	年齢	ご連絡先	
	氏名				自宅	
	現住所	(〒 -)			携帯電話	
					勤務先	
扶養の有無		入所希望者を <input type="checkbox"/> 扶養している <input type="checkbox"/> 扶養していない				

<ご本人様の現在の状況> ※介護保険証などを参考にご記入ください。

認定状況	要介護度	1・2・3・4・5	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
	身体障害者手帳	有・無	障害等級	種 級 障害名
	介護保険負担者限度額	有・無	第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②	
現在の状況	<input type="checkbox"/> ご自宅で生活中 (<input type="checkbox"/> ご家族と同居 <input type="checkbox"/> お一人暮らし) ※介護保険サービスを利用されている方は以下の中から選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケアを利用している (週に 日程度) <input type="checkbox"/> 訪問看護・訪問介護を利用している (週に 日程度) <input type="checkbox"/> その他のサービスを利用している (介護予防等)			
	<input type="checkbox"/> 施設へ入所中 ※入所している施設の種類を以下の中から選択し、施設名もご記入ください。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 () <input type="checkbox"/> グループホーム () <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム () <input type="checkbox"/> ケアハウス () <input type="checkbox"/> 療養型病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 入院中 _____ 病院 _____ 年 月頃から _____ 治療の為			
	<input type="checkbox"/> 通院中 _____ 病院 _____ 年 月頃から _____ 治療の為			

収入状況	【ご本人の状況】				
	□国民年金 年間およそ 万円		□遺族年金・恩給 年間およそ 万円		
	□厚生年金 年間およそ 万円		□その他の収入 年間およそ 万円		
	【保証人の状況】				
身体状況	□保証人 年間およそ 万円		□連帯保証人 年間およそ 万円		
	移 動	□自立歩行・見守り	□杖・手押し車	□車椅子	□寝たきり
	食 事	□自立・見守り	□一部介助必要	□全部介助必要	□経管栄養
	入 浴	□自立・見守り	□一部介助必要	□全部介助必要	□デｲサービス又は訪問入浴
	排 泄	□自立・見守り	□一部介助必要	□全部介助必要	□その他
その他	オムツの使用状況 □使用していない □リハビリパツ □尿取りパツ □紙オムツ □その他 在宅酸素の使用状況 □無し □有り (主治医) □インスリン □在宅酸素 □吸痰 □透析 □褥瘡 □人工肛門 □バルーン処置 □疼痛コントロール □IVH (中心静脈栄養法)				
認知症	<input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> お金や物に執着する <input type="checkbox"/> オムツを外したり、便を触ったりする <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する <input type="checkbox"/> 帰宅への強い願望がある <input type="checkbox"/> 介護に対し抵抗する <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴・妄想が有る <input type="checkbox"/> 叫んだりわめいたりする <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転する <input type="checkbox"/> 物忘れが激しい <input type="checkbox"/> 暴力行為がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
既往歴	発 症 時 期		病 名		特記事項
	昭・平・令	年 月 頃			
	昭・平・令	年 月 頃			
	昭・平・令	年 月 頃			
その他の申込	※入所までの間で「特養」に併設するサービスのご利用を希望される方はご記入ください。 <input type="checkbox"/> デｲサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ケアプラン作成 (居宅介護支援) ※入所の希望時期についてご記入ください <input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 令和 年 月 ころ ※他施設への入所を申し込んでいますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (施設名:)				
備考	※施設に対するご質問やご希望などがございましたらご自由にお書きください。				
<確認及び同意事項> 私は、入所の申込から契約までの手続き及び入所の決定について、貴施設資料にて確認しました。 また、入所希望者・介護者を円滑に支援するために、この申込書の内容を、市町村・担当ケアマネジャーに情報提供することに同意します 令和 年 月 日 入所希望本人氏名 _____ 印 申込代理人氏名 _____ 印 (続柄)					

■施設記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送	受付者	
意思確認日	令和 年 月 日	面接調査日	令和 年 月 日	判定	