

佐久福寿園 入居申込書

特別養護老人ホーム
佐久福寿園 施設長 様

入所申込者

特別養護老人ホーム佐久福寿園に入居したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ											生年月日				
氏名											明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
現住所	郵便番号					電話番号									
被保険者番号												保険者名			
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <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			年 月 日		～			年 月 日						
該当する在宅での日常生活困難な事由 (要介護1又は2の者は必ずチェック等を記入し、詳細は裏面※項目に記入すること。)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。					入居を希望する理由 (該当する事項をチェックし、詳細は、その他欄又は裏面の※項目に記入すること。)					<input type="checkbox"/> 介護者がいないため				
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。										<input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため				
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。										<input type="checkbox"/> " 就労しているため				
	<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。										<input type="checkbox"/> " 育児等しているため				
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称														
	TEL														
	担当者														
						入所希望時期			<input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 今すぐ						
健康保険	種類														
年金の種類等	種類														
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<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 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他														
	【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)														
現況及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日～														
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()														
	[現在治療中の病名] ()														

過去の入所・入院状況	病院名				理由；			
	期間	年	月	日	～	年	月	日
	病院名				理由；			
	期間	年	月	日	～	年	月	日
※ 入居判定に当たって特に配慮して欲しい事項	(例) 現在デイサービスを中心にサービスを利用しているが、介護者が就業しており昼間の時間帯に不在であるため、将来的に在宅生活に不安を感じている。							
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称 () ()							
	() () ()							
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称 () ()							
	() () ()							
主たる介護者の状況	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名				男・女	年 月 日生 (歳)		
	住所	〒			要介護認定の有無	有・無		
		TEL			要介護状態区分			
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居						
	申込者との関係	<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"/> その他 ()						
家族等の状況	家族図		氏名	続柄	本人の身体状況			
					食事：			
					排泄			
					移動			
					意思疎通			
					入浴			
					認知症状			
					その他			

添付書類

- ① 介護保険証 (写)
- ② 直近3ヶ月分の「サービス提供票及び別表」 (写)
- ③ 診療情報提供書・診断書等

※②③については提出時期をお知らせします

説明・同意・確認欄	私は、入居申込に際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。また、入居申込み者・入居希望者に関する個人情報了他機関より収集する事、及び他機関との連携の為、必要最低限の範囲内で提供する事についても同意しました。							
	年		月		日		氏名	
	連絡先 (携帯) ；							