

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

入所申込書（現況調査票）

平成 年 月 日申し込み

申込者氏名 (連絡先)	(ふりがな)		続柄
住所	〒		
電話	自宅	()	携帯電話
	勤務先	()	名称
入所希望者本人の同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不可能			

注) 入所申込は本人及び家族そのほかとなりますが、裏面の同意欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

貴特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	氏名	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	満	歳	
			生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	
	現住所	〒 -		電話番号 ()				
	介護保険	被保険者番号			保険者名			
		要介護度	<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 <input type="checkbox"/> 申請中					
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる	(ふりがな) 事業所名					
		<input type="checkbox"/> いない						
	健康保険	(種別・記号番号)						
	年金等	(種別)			支給年額			
		(種別)			支給年額			
		(種別)			支給年額			
	生活保護	支給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		重度心身医療証受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	障害者手帳等	手帳の種類 (障害名)						
		判定 級(度) 年 月 日						
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で二人暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている							
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
	<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている (施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください)							
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム							
	<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	施設名または病院名 () 所在市町村名: ()							
	入所又は入院の時期: 平成 年 月頃							
主たる介護者	(ふりがな)	性別		本人との関係				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日				
氏名(家族等)		続柄	年齢	同居	別居	住所(本人と同じ場合不要)		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

入所希望者の状況	主治医	氏名	医療機関名	
		医療機関所在地	電話	
入所希望者の日常生活状況	病歴（現病名）既往歴（ ）			
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他感染症（ ）			
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症（ <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度） <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動（ ）			
	<input type="checkbox"/> 視力に問題がある : 具体的に			
	<input type="checkbox"/> 聴力に問題がある : 具体的に			
	歩行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> （ ） 入浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介護用品等の使用… <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> （ ）			
入所希望の時期及び理由	※該当するものすべてに✓印等を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <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なため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申し込み施設	特記事項（具体的な事情等）			
申し込み施設	<input type="checkbox"/> 愛日荘 <input type="checkbox"/> いきいきの郷 <input type="checkbox"/> 蔵王やすらぎの里 <input checked="" type="checkbox"/> さくらホーム山形 <input type="checkbox"/> サンシャイン大森 <input type="checkbox"/> 山静寿 <input type="checkbox"/> 菅沢荘 <input type="checkbox"/> とかみ共生苑	<input type="checkbox"/> ながまち荘 <input type="checkbox"/> なごみの里 <input type="checkbox"/> 七日町こまくさ園 <input type="checkbox"/> 福寿乃郷 <input type="checkbox"/> みこころの園 <input type="checkbox"/> みはらしの丘 <input type="checkbox"/> 六日町あいあい <input type="checkbox"/> あっふるの里久保田	<input type="checkbox"/> 飯塚なごみの里 <input type="checkbox"/> (地)サンシャイン大森 <input type="checkbox"/> 鈴川敬寿園 <input type="checkbox"/> 滝山なごみの里 <input type="checkbox"/> ちとせノ杜 <input type="checkbox"/> 東部の里 <input type="checkbox"/> 沼木敬寿園 <input type="checkbox"/> 福寿草小荷駄町	<input type="checkbox"/> べにはなノ杜 <input type="checkbox"/> みこころの園南山形 <input type="checkbox"/> やすらぎの里金井 <input type="checkbox"/> ユトリアケアセンターかすみ <input type="checkbox"/> その他
				受付者
説明確認及び情報収集に関する同意書	平成 年 月 日			
	入所希望者名			Ⓜ
同上家族氏名			Ⓜ	