

特別養護老人ホーム入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者

〒 \_\_\_\_\_

住所:

\_\_\_\_\_

氏名:

\_\_\_\_\_

電話: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

特別養護老人ホームに入所したいので、入所調査票、認定調査票(写)、被保険者証を添えて次のとおり申し込みます。

申込先 (入所希望施設)		南勢カトリック特別養護老人ホーム		保険者								
入所希望者の 状況	フリガナ		性別	被保険者 番号								
	氏名		男・ 女	要介護度	1・2・3・4・5							
	生年月日	大・昭	年	月	日( )歳	要介護 認定期間						
	現住所	〒 _____										
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1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"/> 特養などの施設や病院に入っている。 「施設や病院に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名:( _____ )◇所在地( _____ ) ◇入所又は入院時期: _____ 年 _____ 月 _____ 日から入所・入院している										
	入所を希望する理由 (該当するものを全て選んで下さい。)	<input type="checkbox"/> 介護する人がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」、「障害」、「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"/> 施設や病院等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( _____ )										
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃までにしたい										
	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"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) 【現在治療中の病気・特記事項】										
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇すでに申し込んでいる他の施設名( _____ ) ◇今後申し込む予定の施設名( _____ )											
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	大・昭・平	年	月	日				
	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: _____ )										
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】 (家族連絡先: _____ )※上記申込者が家族以外の場合ご記入ください										

特別養護老人ホーム入所調査票

対象者		被保険者番号													
-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネジャー記入欄	担当ケアマネジャー氏名:		事業所:			連絡先電話番号:					
	要介護度		介護者の有無		在宅サービス直近3ヶ月利用単位数						
	1・2・3・4・5		単身・介護者有		3ヶ月前		2ヶ月前		1ヶ月前		
	認知症		要介護度								
	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		利用単位数								
年	意見:										
月											

※「認定調査票(写)」・「被保険者証」を添付してください。

施設記入欄	入所申込受付日:		年	月	日	入所決定日:		年	月	日
	要介護度		認知症			介護者の有無		在宅サービス利用率		合計
	1・2・3・4・5		正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ			単身・介護者有		%		点
	年					点		点		
	月									
	要介護度		認知症			介護者の有無		在宅サービス利用率		合計
	1・2・3・4・5		正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ			単身・介護者有		%		点
	年					点		点		
	月									
	要介護度		認知症			介護者の有無		在宅サービス利用率		合計
	1・2・3・4・5		正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ			単身・介護者有		%		点
	年					点		点		
月										