

登録番号:

特別養護老人ホーム あんのん館・福釜

入所申込書

社会福祉法人安祥福祉会

特別養護老人ホーム あんのん館・福釜 施設長様

<入所希望者(本人)>

フリガナ				性別	生年月日		
氏名	様			男・女	明・大・昭	年 月 日	
現住所	(〒 - )				電話番号 ( ) -		
認定状況	要介護度	3・4・5	要介護度(特例)	1・2	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護負担限度額認定証		有・無	食費 : □300円 □390円 □650円			

<身元引受人> ※身元引受人は2名ご記入下さい。

フリガナ			続柄	年齢	ご連絡先		
①氏名	様				自宅	( ) -	
現住所	(〒 - )			携帯電話	( ) -		
				勤務先	( ) -		

フリガナ			続柄	年齢	ご連絡先		
②氏名	様				自宅	( ) -	
現住所	(〒 - )			携帯電話	( ) -		
				勤務先	( ) -		

<入所希望者の状況>

現状	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他( )						
	<input type="checkbox"/> 在宅 (複数回答可) 通所介護・通所リハビリ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴 ( 回/週) 短期入所生活介護・短期入所療養介護 ( 回/月) その他( )						
	<input type="checkbox"/> 入院中 病院名 ( )						
	<input type="checkbox"/> 入所中 老健・グループホーム・有料老人ホーム・その他( ) 施設名 ( )						

<介護者の状況>

主たる介護者	氏名	続柄	性別	男・女
介護の状況	就労中・障害や疾病・育児や介護・その他( )			
	介護可能・多少困難・介護困難・その他( )			
他の要介護者	無・有 ( 要支援 ・ 要介護 )			
介護協力	同居家族の 無・有 ( )	別居血縁者	無・有 ( )	
住環境	問題無し・問題有り 現状 :			

収入状況	＜ご本人様の状況＞				
	□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		
	＜身元引受人の状況＞				
身体状況	□身元引受人① 年間およそ 万円		□身元引受人② 年間およそ 万円		
	移動	□自立歩行・見守り	□杖・一部介助	□車椅子	□寝たきり
	食事	□自立・見守り	□一部介助	□全介助	□経管栄養
	入浴	□自立・見守り	□一部介助	□全介助	□デイサービス又は訪問入浴
	排泄	□自立・見守り	□一部介助	□全介助	□その他
オムツの使用状況：□使用なし □尿取りパット □リハビリパンツ □紙オムツ □その他( )					
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、便に触ったりする <input type="checkbox"/> 昼と夜が逆転する <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"/> 暴力行為がある <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴・妄想がある <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する <input type="checkbox"/> 物忘れが激しい <input type="checkbox"/> 叫んだりわめいたりする <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			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻・腸瘻・経鼻栄養) <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )				
＜その他の特記事項＞					
＜確認及び同意事項＞ 私は、入所の申し込みから契約までの手続き及び入所の決定について、貴施設の資料を確認しました。 また、入所希望者・介護者を円滑に支援するために、この申し込み書の内容を、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。  <div style="text-align: right;">令和      年      月      日</div> ご本人氏名 _____ 印 申込代理人氏名 _____ 印 (続柄 _____ )					

※施設記入欄

受付日	令和      年      月      日	受取者	判定
受付方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送	登録者	
入所基準	基準・特例	特例事由市町村確認: 令和      年      月      日      該当 有・無	