

地域密着型特別養護老人ホームひがしまつやま寿苑(入居申込書)

申込No

申込日 平成 年 月 日
 受付日 平成 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム
 ひがしまつやま寿苑 施設長 様

申込者

住所	〒		
(フリガナ)氏名		続柄	
連絡先			
(自宅電話)	-	-	
(携帯電話)	-	-	

地域密着型特別養護老人ホームへ入居したいので、次のとおり申込みます

(フリガナ)氏名	性別	保険者	東松山市
	男	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)	女	要介護度 1・2・3・4・5
住 所	〒	介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
現在の状況 (番号に○を記入)	1・在宅 2・施設(施設名) 3・病院(病院名) 4・その他()		
現在利用している 在宅サービスの状況 (利用しているサービスの 番号に○をつけ利用回数・ 内容等を記入して下さい)	1. 訪問介護 (月 回 又は 週 回) 内容()	6. 通所リハビリ (月 回 又は 週 回)	7. 短期入所生活介護 (月 回 又は 週 回)
	2. 訪問入浴介護 (月 回 又は 週 回)	8. 短期入所療養介護 (月 回 又は 週 回)	9. 福祉用具の貸与・購入費の支給 内容()
	3. 訪問看護 (月 回 又は 週 回) 内容()	10. その他 内容()	
	4. 訪問リハビリ (月 回 又は 週 回)		
	5. 通所介護 (月 回 又は 週 回)		
入所・入院前における 介護保険サービスの 使用状況	○ 80%以上で	○ 1年以上使用している	○ 1年未満の使用
	○ 40%以上80%未満で	○ 1年以上使用している	○ 1年未満の使用
	○ 40%未満で	○ 1年以上使用している	○ 1年未満の使用
認知症による不適応行動 (行動障害)	1. 非常に多い 2. やや多い 3. 少しあり 4. なし		
医療的処置の状況	1. かかりつけ医		
	2. 既往歴		
	3. 現在治療中の病気		
入居を希望する理由として 該当する番号に○を付け、 具体的な内容を記入して ください。	1. 介護者がいないため ()		
	2. 介護者はいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難なため ()		
	3. 介護者はいるが高齢等のため十分な介護が困難なため ()		
	4. 介護者はいるが就業しているため十分な介護が困難なため ()		
	5. 介護者はいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため ()		
	6. 介護保険施設に入所しているが替わりたい ()		
	7. その他 ()		

介 護 者 の 状 況	本人は単身生活者である	該当 (1・介護する者がいる 2・介護する者がいない) ・ 非該当			
	主たる介護者 (いる ・ いない)	(フリガナ) 氏 名		性別 男 女	本人との関係
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
		同居の区分	1・同居 2・別居()		
		複数介護の状況 (有 ・ 無)	※有の方のみ記入 1・介護困難 2・多少介護可能 3・介護可能 具体的状況()		
		介護者の就労状況	介護者の育児・看病等の状況	介護者の健康状態	
	1・有(該当するものに○) ・高齢で就労不能 ・8時間以上 ・4時間以上8時間未満 ・4時間未満 具体的状況 () 2・なし	1・有(該当するものに○) ・常時の育児・看病が必要 ・半日育児・看病が必要 ・時々育児・看病が必要 ・65歳以上の高齢世帯 具体的状況 () 2・なし	1・良好 (介護上の問題なし) 2・不良(該当するものに○) ・介護困難 ・多少介護可能 ・介護可能 具体的状況 ()		
	従たる介護者 (いる ・ いない)	(フリガナ) 氏 名		性別 男 女	本人との関係
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
		同居の区分	1・同居 2・別居()		
※同居の場合のみ記入 同居介護の状況		1・介護困難 2・多少介護可能 3・介護可能			
介護困難な理由または 介護可能な内容					
介護期間	介護開始時期 年 月 ~ 年 月 在宅介護期間 年 ヶ月間				
別居している血縁者の状況 (人)	1・血縁者なし 2・介護困難 3・多少介護可能 4・介護可能				
	※別居血縁者がいる場合 介護困難な理由または 介護可能な内容				
そ の 他	入居を希望する時期	1・できる限り早く入居したい 2・ 年 月頃までには入居したい			
	申込みの状況	1・ 当施設以外申込みをしていない 2・ 他の施設にも申込みをしている (ヶ所) ①申込日 年 月 日 ③申込日 年 月 日 施設名() 施設名() ②申込日 年 月 日 ④申込日 年 月 日 施設名() 施設名()			
説 明 確 認	私は、入居申込みの際、入居決定の手続き及び入居の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 _____				

～記入上の注意～

- ① 連絡が取れるご家族様をご記入ください。
- ② 入居を希望するご本人様についてご記入ください。
- ③ サービス利用票を添付される方は記入しないでください。
- ④ 1. 非常に多い→毎日 2. やや多い→週2～3回 3. 少しある→月に2～3回
- ⑤ 申込先が複数ある場合は、全てご記入願います。
- ⑥ 説明を受けた日時の日時とご署名をお願いします。