

(別紙1)

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

サンホーム入所申込書

特別養護老人ホーム「サンホーム」様

申込者(連絡先)

住所	〒
(フリガナ) 氏名	(利用希望者との続柄)
電話番号	

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用希望者 氏名	(フリガナ)	性別	男・女												
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)												
現住所	〒 電話番号 ()														
介護保険	被保険者番号	保険者名	長岡市・見附市・三条市・その他 ()												
	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													
健康保険	国保・健康・その他 () [記号] [番号]														
年金等	1. 老齢年金(国・厚) 2. 障害年金(国・厚) 3. その他 ()														
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(単身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日~)														
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患() <input type="checkbox"/> その他 ()														
	現在治療中の病気														
	<table border="1"><thead><tr><th>病名</th><th>入院・通院医療機関名</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~</td></tr></tbody></table>			病名	入院・通院医療機関名	期間			年 月 日~			年 月 日~			年 月 日~
	病名	入院・通院医療機関名	期間												
		年 月 日~													
		年 月 日~													
		年 月 日~													
既往症															
	<table border="1"><thead><tr><th>病名</th><th>入院・通院医療機関名</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~ 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~ 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日~ 年 月 日</td></tr></tbody></table>			病名	入院・通院医療機関名	期間			年 月 日~ 年 月 日			年 月 日~ 年 月 日			年 月 日~ 年 月 日
病名	入院・通院医療機関名	期間													
		年 月 日~ 年 月 日													
		年 月 日~ 年 月 日													
		年 月 日~ 年 月 日													
	現在の主治医	病院・医院	科 先生												
入所希望者の 意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに利用(入所)したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには利用(入所)したい														
	※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____ _____														

担当 介護支援専門員	氏名		連絡先	電話 ()
	事業所名			

日常生活動作

視力	普通・見えにくい・ほとんど見えない	寝返り	自分でできる・一部介助が必要・ほとんど介助が必要
聴力	普通・聞こえにくい・ほとんど聞こえない	移動	自立・一部介助・全介助（独歩・杖・歩行器・車椅子）
言語	普通・よく話せない・ほとんど話せない	食事	自分で食べられる・要一部介助・ほとんど介助が必要
会話	普通・どうか可・不可	排泄	自分でできる・一部介助が必要・ほとんど介助が必要
麻痺	有・無 部位 ()	入浴	自分でできる・一部介助が必要・ほとんど介助が必要
拘縮	有・無 部位 ()	着替え	自分でできる・一部介助が必要・ほとんど介助が必要

在宅サービスの利用状況

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ
<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"/> 福祉用具貸与			

家族構成

氏名	続柄	性別	生年月日	職業

生活歴等 (出身地・職業)

留意事項	<p>本利用申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。</p> <p>【連絡先】</p> <p>〒940-0203 長岡市楡原 784 番地 13</p> <p>特別養護老人ホーム サンホーム</p> <p>電 話 0258 (52) 0151</p> <p>ファックス 0258 (52) 5821</p> <p>担当者名 <u>生活相談員 松井</u></p>
------	--

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への利用申込みの際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が利用順位決定のため必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村報告提供をすることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">利用希望者 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">利用希望者の家族 _____ (印)</p>
-----------------	---

