

施設入居申込書

希望する施設に☑及び希望順位(ある場合)をご記入をお願いします

- ☐ (第 希望) 介護老人福祉施設 沼津フジビューホーム
- ☐ (第 希望) 地域密着型介護老人福祉施設 柏葉尾苑(保険者が沼津市の方のみ)
- ☐ (第 希望) 特定施設ケアハウス 岡宮グリーンヒル
- ☐ (第 希望) 自立型ケアハウス 沼津グリーンヒル

※施設記入欄

受付(原本保管): フジビュー 柏葉尾苑 岡宮 GH 沼津 GH	初回申込日	令和 年 月 日
----------------------------------	-------	----------

差支えない範囲でご記入ください

(該当しない項目、不明な項目などは空欄のままで結構です)

入居申込者の状況

(フリガナ) 氏 名			性 別	男 ・ 女				
			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日(歳)				
住 所	〒()		電 話	() -				
要 介 護 認定等の 状 況	認 定 区 分	認定なし 申請中		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	認 定 年 月 日	令和 年 月 日						
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
現 在 の 状 況	1. 自宅で生活【一人暮らし・夫婦のみ・家族と同居()人】							
	2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、病院等を含む)に入居中 【施設等の名称(任意記入): 【退居予定の有無: 無・有(退居予定時期: 年 月 日)】							
入居希望 の理由								

◎身元保証人

(フリガナ) 氏 名			続 柄	
生年月日	年 月 日 生		職 業	
住 所	〒()	電 話	() -	
		携 帯	() -	
メールアドレス	@			

担当ケア マネジャー (いる場合)	氏 名	
	事業所名	
	電 話	() -
主 治 医	氏 名	
	医院名	
	電 話	() -

◎家族構成など

	※施設記入欄(関係図など)
--	---------------

◎身体状況など

疾病	歳	病名 _____ かかりつけ医 _____ 手術・内服治療 _____ 【 治療中 経過観察 治癒 】 (その他状況 _____)	
	歳	病名 _____ かかりつけ医 _____ 手術・内服治療 _____ 【 治療中 経過観察 治癒 】 (その他状況 _____)	
医療的処置	1. インシュリン注射 2. 人工肛門 3. ペースメーカー 4. 胃ろう 5. 経管栄養 6. 膀胱留置カテーテル 7. その他(_____)		
認知症の状況	1. 症状なし	具体的な症状	
	2. 症状あり		

◎在宅サービスの紹介について

希望時期に応じたご入居が難しい場合に、ショートステイ・デイサービスなど、当法人の在宅サービスの紹介を希望されますか？

希望する	詳しく説明を聞きたい	特に希望しない
その他 (_____)		

◎その他事項(できるかぎりご記入をお願いします)

家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っていることについてご記入ください

--

ご記入ありがとうございました。

上記内容にて申込受付後、改めて施設見学・電話相談等において、詳しい状況をお伺いさせていただきます。ご不明な点などございましたら、どうぞお気軽にご相談ください。

〒410-0022
 静岡県沼津市大岡 3571-1
 社会福祉法人 駿河厚生会
 TEL:055-926-8500