

指定介護老人福祉施設〈特別養護老人ホーム〉入所申込書兼台帳

申 込 者 氏 名	フリガナ：			施 設 記 入 欄	申込日	年 月 日
	氏 名：				受付日	年 月 日
	〒	続柄			受付番号	
	住 所：				担当者名	
					法人名	
	電話番号：				入所申込	
	携帯番号：				施設名	

今後、連絡等は申込者の方にさせていただきます。

本 人 の 状 況	フリガナ		性 別	保険者（番号）		
	氏 名		男・女	被保険者番号		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要 介 護 度	1・2・3・4・5		
	要 介 護 認定期間	年 月 日から		変 更 申 請 日		
		年 月 日まで		変 更 申 請 理 由		
	自 宅 住 所	〒			電話 番 号	
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院入所中				
	※自宅以 外に居住 している 場合に記入	施設・病院等 の 名 称		住 所	〒	
		入所・入院期間	年 月 日から (年 ヶ月)		電話番号	
	入所申込 理 由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為				
<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難な為						
<input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為						
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が出来ない為						
<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為						
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為						
<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為 <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為						
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせてない <input type="checkbox"/> 理解困難					

本 人 の 状 況	担当ケアマネージャー名		居宅介護支援事業者名	電話番号	
	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
治療中の病名					
受診している医療機関					
他施設への 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (箇所)				
	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				
	特養待機期間(平成15年4月以降)				
主 た る 介 護 者 の 状 況	フリガナ				
	介護者名	住 所			
	続柄 () 年齢 ()	電話番号			
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし				
意見等(現在の介護で困っている事等)					
入所申込に際し、入所申し込みから入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について、施設から、説明を受けました。 年 月 日 氏名 続柄 ()					
同意書	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者(市町村)に報告する事に同意します。 年 月 日 氏名				