

# 入 所 申 込 書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

特別養護老人ホーム 水彩館 殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ					
氏名				続柄	
住所	<small>(郵便番号)</small>				
連絡先	<small>(固定電話)</small>		<small>(携帯電話)</small>		

貴施設に入所したいので、下記の通り申し込みます。

フリガナ					明	年	月	日生
氏名				男・女	大			歳
				昭			満	歳
住所	<small>(郵便番号)</small>		<small>(電話番号)</small>		<small>(FAX番号)</small>			
介護保険	被保険者番号			要介護度	1・2・3・4・5			
認定期間	平成 年 月 日 から			平成 年 月 日				
限度額認定	1・2・3・通常 段階			負担割合	割			
現況	自宅	入院中 施設	名称					
			期間	平成 年 月 日 から 現在				
歩行	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	おむつ使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 昼夜			
食事	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養			
	[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト食			
	[副食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト食			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
視力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲				
聴力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴				
言葉	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由				
行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為		<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不穏行為			
	<input type="checkbox"/> 不潔行為		<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
認知症	<input type="checkbox"/> なし							
	<input type="checkbox"/> あり							
医療の状況	[現在治療中の病気・特記事項等]							

入居申込説明書

入所を希望する理由  *該当するものすべてを選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りが無く介護者がいないため							
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望の居住地と同一市町村及び隣接市町村に住んでいない							
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望の居住地と同一市町村及び隣接市町村に住んでいる							
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、病気等に長期入院等の状況により、事実上介護が不可能							
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する等の状況にあり、十分な介護が困難							
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難							
	<input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護状態や育児、または就業しているため、十分な介護が困難							
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい							
	<input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難							
	<input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での介護が困難							
	<input type="checkbox"/> その他							
家族の状況  主介護者は <input type="checkbox"/> にチェック	氏名	続柄	年齢	職業	居住	別居の場合の住所	電話番号	
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
身元 引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所		電話番号	
	<input type="checkbox"/>							
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年    月ごろまでに入居したい							
申込状況	<input type="checkbox"/> 水彩館のみ申し込み							
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる  (申し込み中の施設名) _____ _____							
特記事項								
担当 ケアマネジャー	事業所名							
	氏名				連絡先			
説明 確認欄	私は入所申込に際し、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。 平成    年    月    日  氏名 _____							