

指定介護老人福祉施設入所申込書

ふりがな		申込書 について の問 い 合 わ せ 先	自宅・携帯・その他	入所申込者ご本人との関係		
申請書ご記入 の方のお名前				配偶者 子（同居・別居） その他 （ ）		
申込書記入者 の住所	〒 -					
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭	
入所申込者ご 本人のお名前				年 月 日	歳	
被保険者番号						
住所	〒 -			要介護度	要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
同居の方につ いて	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる					
主に介護して いる方につ いて	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない					
介護を手伝 う方につ いて	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ※手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）					
お住いにつ いて	今のお住いは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ※自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
介護する上 で住宅の問 題につ いて	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレやお風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい					
その他当て はまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（具体的に <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的に					

現在受けている介護や治療のようすについて

自宅以外での 介護や治療 （居宅の方は 未記入）	現在いらっしゃるの、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他（ ） ○施設の名称 ○入所・入院開始日 （ ） 年 月 日から
ケアプランな どについて	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員（ケアマネージャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 事業所名： 氏名： 電話番号： （ ）（ ）（ ）
在宅サービ スにつ いて	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい 具体的 な内容（ ）

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

特別養護老人ホーム 仙川くぬぎ園 施設長様

令和 年 月 日 氏名 入所申込者ご本人のお名前 印