

提出日 年 月 日

ユニット型特別養護老人ホーム プレジール箕島

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者) 名前 印
-----	--

申請者 (連絡先)	住所	電話 () -
		携帯 () -
名前	申込者との関係	連絡が取りやすい時間
		月 火 水 木 金 土 日 時 分 ~ 時 分 いつでも可

入所申込者の状況	フリカ`ナ	性別	保険者	
	名前	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
	現住所	〒 -	要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期： 年 月頃から		
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等、単身世帯・同居家族が高齢等により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃 (まで・以降) に入所したい		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみでの申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名：) <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みを検討している (申込み予定施設名：)		
主介護者	フリカ`ナ	性別	本人との関係	
	名前	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	同居有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の介護者	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係
	名前	年齢	同居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	入所申込者との関係

入所の必要性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由（本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載）]	
	備考	担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名（ ）名前（ ） <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】

お願い

入所申込者の要介護度や住所の変更等、入所申込書に記載した事項等に変更があった場合、入所申込者がお亡くなりになられた場合、他の介護老人福祉施設等に入所された場合は、必ず当施設に連絡してください。

連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。

事務処理欄

受 付 印

受付者	事務長	副施設長	施設長