

(記入例)

様式1

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)うねとり荘入所申込書

申込日 令和元年5月1日

指定介護老人福祉施設:特別養護老人ホーム うねとり荘 施設長様

今後、状況確認等の際にご連絡させていただく場合もありますので、この申込みをされる方(ご家族等)の自宅番号と携帯番号をご記入ください。 どちらかでもけっこうです。	申込者	住 所	〒 000-0000 下閉伊郡普代村1-1-1
	<input type="checkbox"/> ご本人	ふりがな	うねとり たろう
	<input checked="" type="checkbox"/> ご家族	氏 名	鵜鳥 太郎
	<input type="checkbox"/> 代理人	電 話 番 号	0194 (35) 3579

090 - 0000 - 0000

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

ふりがな	うねとり はなこ			性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	83 歳	
ご本人の氏名	鵜鳥 花子			生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	10 年 10 月 10 日			
本人の現住所	〒 028-8323 下閉伊郡普代村24-5-1			電話番号	0194 (35) 3577				
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外	住所	申込者に同じ					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者	久慈広域連合				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
認 定 期 間	平成 30 年 4 月 1 日 ~ 32 年 3 月 31 日								
護者 の 状 況	ふりがな	うねとり たろう			性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄	長男
	氏 名	鵜鳥 太郎			生年月日	1.大正 2.昭和 3.平成	40 年 11 月 11 日	年齢	53 歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居(住所	下閉伊郡普代村1-1-1)					
	疾 病	<input checked="" type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度 高血圧症)							
	就 労	<input checked="" type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) <input type="checkbox"/> その他()							
	複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に:)							
指定居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない								
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所								
	上記サービスの週当たりの利用日数		<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日						
住 居 環 境	住居形態	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input checked="" type="checkbox"/> 2階建)			<input type="checkbox"/> アパート・マンション()		ここは記入の必要はありません。 別紙の「入所調査票項目判断基準」にチェックをお願いします。		
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)							
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	普代病院			TEL 0194-35-3535	入院等の時期(平成 31 年 4 月頃)			
	退院等の見込み	<input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている			<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活困難の理由	本人は一人暮らしのため。							
この欄は チェック不要 です。	特筆すべき事項 (特例入所の要件 関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活 に支障を来している		<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障が い等を伴い、日常生活に 支障を来している		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐 待が疑われる		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が 期待できない	
		<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自 立度Ⅲa以上)である						<input type="checkbox"/> 上記のような状態が介護者の急死 等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴	脳梗塞(H28.3)、高血圧(約20年前~)							
		<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置							
		<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()							
在宅の方でケアマネ ジャーと契約をされて いる方はご記入ください。	民宅介護支援事業所名					担当ケアマネジャー			
	他の施設 への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み		<input checked="" type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込む			
	※既に申込んでいる施設名: ○○苑、○○荘								
	入所時期の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐ入所したい			<input type="checkbox"/> 1年内に入所したい		<input type="checkbox"/> 年 月 頃入所したい		
健康保険種別	後期高齢			年金種別	国民年金				

注)介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。