

特別養護老人ホーム 羽衣の園 入所申込書

_____年____月____日

施設長 様

※施設記入欄

初回申込日	_____年____月____日
-------	------------------

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名		性別	生年月日
	〒 (-)	男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	Tel		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他		
有効期限	_____年____月____日 から _____年____月____日		
障害手帳の有無、症状の状況	療育手帳 () 精神障害者保健福祉手帳 () 級 身体障害者手帳 () 級	障害の状況	
認知症の有無、具体的な症状	有・無	具体的な症状	認知症日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
入所を希望する時期	1. すぐにも入所したい 2. 6ヶ月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい		
本人の意向	入所希望・迷っている・拒否・知らせていない・認知機能低下により理解が困難		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期 _____)		
部屋の希望	どこでも ユニット 個室 多床室		

家族、身元引受人等の連絡先 ※介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載して下さい。

(フリガナ) 氏名		続柄	介護者
住所	〒 (-)	Tel	携帯 Tel
(フリガナ) 氏名		続柄	介護者
住所	〒 (-)	Tel	携帯 Tel
(フリガナ) 氏名		続柄	介護者
住所	〒 (-)	Tel	携帯 Tel

2 担当ケアマネジャー、主治医

担当ケアマネジャー	事業所名:	名前:	電話
主治医		通院回数 回/	電話
その他の定期的な通院		通院回数 回/	電話

※裏面もご記入下さい。

3 介護者等の状況（現在、自宅での生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目を1つに○をつけて、必要事項を記入して下さい	1. 一人暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有することにより、介護が困難 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障害の等級等:() 介護が困難な状況:()
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者であることにより、介護が困難 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 介護が困難な状況:()
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 介護が困難な状況:()
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 申込者以外の介護の状況:()
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤: 有・無)
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度: 常時 半日程度 臨時的)
	8. 上記以外の状態で介護が困難 介護が困難な状況:()

3 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設、介護付きの施設は2へ (施設名) 2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)
--------------------	---

4 介護保険サービス利用状況（サービス利用票のコピー添付でも可）

サービス種類	サービス提供業者	利用日数（1週間で使用している日数）
ヘルパー		
ショートステイ		
デイサービス		
その他:		

5 その他事項（家族の状況、経済的な事情等、介護について困っていることがありましたら、お書き下さい。）

※ご本人およびご家族の状況に変化が生じた場合は、入所優先順位が変わることがありますので、ご連絡いただくか、改めてお申し込みください。

※要介護1・2の方は特列入所の要件に該当する方に限り、入所対象者となります。

該当の有無等につきましては、担当ケアマネジャーまたは市役所にお問い合わせください。