

【記入例】

特別養護老人ホーム 入所申込書(ご家族記入)

申込日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

(ふりがな)	ばいりえん はなこ		性別	男・ <b>女</b>
入所申込者氏名	梅里苑 花子		生年月日	大 <b>昭</b> 〇〇年〇〇月〇〇日
現住所	〒690-2404 雲南市三刀屋町三刀屋1326-8		電話番号	(0854) 45-3737
保険者	雲南市	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
要介護度	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ <b>要介護 5</b>			
要介護認定期間	平成 <b>令和</b> 〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入所・入院している方は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 ◇所在地 ◇入所又は入院期間:平成・令和 年 月 日から入所・入院している			
2. 入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがない ⇒同居の親族が誰もいない場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労 ⇒高齢は70歳以上・就労は週40時間で判断しチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難 ⇒家族は同居の2親等以内の親族がいたらチェックしてください。			
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい			
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ご希望があればご記入ください。</span> ◇現在治療中の病名 ◇病院名 <span style="float: right;">◇主治医</span>			
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(等級)			
6. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">梅里苑以外の特別養護老人ホームに申し込みをされている施設名をご記入ください。</span> ◇申し込んでいる(予定の)方は記入ください 1. <b>〇〇〇苑</b> 2. <b>〇〇〇園</b>			
7. 要介護1、2の場合	要介護1または2の方のみご記入ください。 要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。			

【申請者連絡先】

(ふりがな)	ばいりえん たろう		続柄	長男	性別	<b>男</b> 女
氏名	梅里苑 太郎		生年月日	大 <b>昭</b> 平〇〇年〇〇月〇〇日	生	
住所	〒690-2404 雲南市三刀屋町三刀屋1326-8		携帯電話	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇		
同居の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している		<input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活			
家族からの意見	お困りごとなどご自由にご記入ください。					

担当ケアマネジャー	〇 〇 〇 ケアマネージャー		ご不明の場合は未記入でも良いです。
事業所名	〇 〇 〇 事業所		
連絡先電話番号	(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		