

奥湯村指定介護老人福祉施設 入所申込書

申込日 R 年 月 日

※申込者（今後の連絡先）

住 所	〒		居宅支援事業所名	
			介護支援専門員	
氏 名		続 柄	電 話 番 号	
電 話			F A X 番 号	

入所希望者ご本人情報					介護 保 険 証 情 報	保険者(市町村)	
(フリガナ)		性 別	年 齢			被保険者番号	
氏 名						要 介 護 度	
生年月日	M T S	年	月	日		認 定 期 間	R 年 月 日から R 年 月 日まで
現 住 所	〒						
負担減免等	①介護負担減免[段階] <input type="checkbox"/> なし ②社会福祉減免[<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし] ③負担割合証 [割]						
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている						
	「施設や病院等に入っている方」はご記入をお願いします						
	◇施設名又は病院名： ◇入所又は入院時期： 年 月から 入所・入院している						
入 所 希 望 者 及 び ご 家 族 の 状 況	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> ア：独居 <input type="checkbox"/> イ：高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ：ア/イ以外の世帯					
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア：主介護者以外に必要時に協力あり <input type="checkbox"/> イ：介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> ウ：いない					
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア：60歳未満 <input type="checkbox"/> イ：60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ：75歳以上または介護者がいない					
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア：健康である <input type="checkbox"/> イ：健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ：介護者自身が要介護者					
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア：十分に時間あり <input type="checkbox"/> イ：一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ：ほとんど取れない					
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア：良好 <input type="checkbox"/> イ：介護の負担が強い <input type="checkbox"/> ウ：十分な介護ができていない					
居 住 等	福祉用具の使用	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ()					
	在宅サービスの利用						
	居 住 環 境	<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 自宅がある <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない					
家 族 状 況	【家族構成】		身元引受人				
	氏 名		続 柄				
	住 所						
	電 話						
	その他の緊急連絡先 (2名以上のご記入をお願いします)						
	① 氏 名		続 柄				
	住 所						
	電 話						
	② 氏 名		続 柄				
	住 所						
電 話							
③ 氏 名		続 柄					
住 所							
電 話							

入 所 希 望 者 の 状 況	医 療 の 状 況		□尿道カテーテル □胃瘻 □在宅酸素 □インシュリン注射 □その他		
			現在の主治医：		
			現在治療中の病気・既往歴の記入		
			認知症の診断 □あり □なし 診断名：		
			中核症状/周辺症状が見られる場合は具体的にご記入ください		
	身 体 状 況	体 型	身長	c m / 体重	k g
義歯の状態		□自歯 □義歯あり (□上 □下 □上下使用 □ブリッジ使用)			
嚥下の状態		□問題なし □多少のむせあり □トロミ使用 □困難			
健康状態		□安定している □不安定な時が多い (状況をご記入下さい)			
		理由)			
皮膚の状態	□良好 □不良 □処置あり				
生 活 歴		出生地/学歴/職歴/結婚歴/子供/性格等			
施設入所を申込んだ理由 をご記入ください (現在 困っている事でも構いま せん)					
申 込 状 況 に つ い て		□当施設の申し込みのみ □多施設を申し込んでいる、又は申し込む予定			
		◇すでに申し込んでいる他の施設名 () ()			
		◇今後、申し込む予定の他の施設名 () ()			

※入所申込手続き後のお願い

- ・ 申込後、要介護認定やキーパーソンの変更があった場合は登録の変更を行いますのでご連絡下さい。
- ・ 入所希望者様が他施設への入所、もしくは死亡された場合は登録削除の手続きを行うためご連絡下さい。
- ・ 入所の順番については申込順となりますが、申込者の状態や判定会によって変動する場合がございます。
- ・ 入所申込後、不定期にて入所希望者の状態や入所の意向確認等、必要に応じてご連絡する場合がございます。その際、ご連絡時に所在の確認ができない場合や書面での通知等で一定期間 (1ヶ月) 返信がない場合は登録削除させていただきます。