

特別養護老人ホーム 報徳園 入所申込書

入所希望者	ふりがな										性別
	氏名										男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和		年	月	日生 (歳)
住所登録地										都・道・府・県	市・町
介護保険	保険者番号		被保険者番号								
	介護度 介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 要支援1、2 ・ 自立										
入所時期の希望 <input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 将来のため <input type="checkbox"/> 年 月頃											
他の特別養護老人ホームへの申込の有無 <input type="checkbox"/> 申し込んでいない											
<input type="checkbox"/> 申し込んでいる (施設名 _____)											

同居家族	氏 名	年齢	続柄	職業
同居親以外の	氏 名	年齢	続柄	住所

私は、入所基準要綱に基づき入所申込から入所契約まで必要な手続き及び注意事項、入所順位の決定方法や見直しについて、施設より説明を受けた上で、入所申込をします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者氏名 _____ 続柄 _____

住所 〒 _____

携帯電話 _____ 電話番号 _____

※施設からの連絡は申込者の方にしますので、間違いのないようご記入ください。
 申込みを取消し又は変更される場合は、必ずご連絡下さい。
 報徳園 電話番号 (059) 228-1951

入所希望者氏名 大正・昭和 年 月 日生 歳

介護者氏名 年齢 歳 希望者との関係 ()

1、身体状況 (当てはまるものに○を付けて下さい)

介護度 (5・4・3・2・1・要支援等)

- ① 歩行 (自立・車いす) ② 食事 (自立・介助) ③ 排泄 (トイレ・オムツ)
④ 医療面 (胃ろう・鼻注・点滴・吸痰・カテーテル・床ずれ・インスリン)

※認知症の程度 (軽度 中度 重度) と、以下の行動があれば○をつけて下さい

物忘れ 昼夜逆転 夜間せん妄 興奮 大声 奇声 徘徊 攻撃的行為
暴言 暴行 介護への抵抗 不潔行為 摂食障害 弄火の問題行動 自傷行為
その他 ()

2、入所希望者の現在の居所 (○を付け、自宅以外の方は名前とそこへ行かれるまでの経緯を簡単に)

自宅・病院・老健・療養型病院・特別養護老人ホーム・養護老人ホーム
グループホーム・ケアハウス・有料老人ホーム・高齢者住宅・その他

病院名、施設名 ()

入所、入院した日は 年 月～

経緯は

3、入所希望者や家族等の状況 (病院や施設にみえる方は、そこに行かれる以前の状況です)

- ① 単身 ② 高齢者世帯、高齢者のみの世帯 (家族関係と年齢))
③ 介護者が虚弱 (具体的に))
④ 介護者が就業中、複数の人を介護している等 ⑤ その他 ()

4、介護保険サービスの利用状況

① 介護サービスは利用していない

② 利用している・食費・居住費を除いた1ヶ月分の平均負担額 円

・ショートステイ (月 日間) ・デイサービス (月 日間) ・通所リハビリ (月 日間)

・訪問介護 (1日 回、月 日間) ・訪問看護 (月 回) ・訪問リハビリ (月 回)

・その他 ()

ケアマネジャー事業所 () 担当者 ()

5、入所に対する意向や理由、お困りごと等はこちらにご記入ください。