

特別養護老人ホームはかた寿園 入所申込書

フリガナ	コトブキ タロウ	住所	愛媛県今治市伯方町木浦甲〇〇番地			
氏名	寿 太郎					
生年月日	明・大・昭 20年 1月 1日	性別	男・女	電話	0897-74-〇〇△△	
介護保険	保険者	今治市・その他( )	要介護度	3・4・5		
	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		( 1・2 )		
有効期限	平成27年 4月 1日 から 平成28年 3月 31日 まで					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居しているが同一敷地内又は近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設(病院)名 : _____ 入所(入院)日 : _____					
	介護者(介護する人)の有無	<input type="checkbox"/> 介護する人が誰もいない <input checked="" type="checkbox"/> 介護する人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 一緒に住んでいる <input type="checkbox"/> 別に住んでいる                 介護者氏名 : 寿花子 ( 3人世帯 ) 続 き 柄 : 長男の嫁 介護者生年月日 : S45.4.1				
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)がいないため <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が生活のため仕事に就いているので介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が病気や障害などで介護が困難 (病名、要介護や障害の程度等) _____ ) <input type="checkbox"/> 介護者(お世話する人)が他の者も介護しているので介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
要介護1・2の方のみ記入	認知症、知的・精神障害等で、生活で困った事などの状況について。介護が困難であるご家族の状況など <input type="checkbox"/> 認知症がひどく、頻繁に生活に支障がでる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害がひどく、頻繁に生活に支障がでる。 <input type="checkbox"/> 家族等による虐待等があり自宅で生活できない。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、又は老老介護である。					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろうなど) <input checked="" type="checkbox"/> インスリン注射(1日 1回) <input type="checkbox"/> 持続点滴(IVH) その他、現在治療中の病気など、わかる範囲で記入して下さい。 (病名: _____ かかりつけ医: _____ )					
申込状況	<input type="checkbox"/> はかた寿園のみ申し込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名: 〇〇苑、△△荘 _____ ) 介護認定やケアプラン等に関わりのある居宅介護支援事業所名を記入して下さい 事業所名: 居宅〇〇 担当ケアマネージャー: 伯方次郎					
申込者	フリガナ	コトブキ イチロウ	住所	愛媛県今治市伯方町木浦甲〇〇	電話番号	74-〇〇△△
	氏名	寿 一郎			携帯電話	090-1234-△△〇〇
					続き柄	長男

入所申込書表面の書き方  
要介護3から5の方へ


- 介護保険証の内容を記載して下さい。
- 現在の住まいや所在に✓を入れてして下さい。お世話している人の情報を記入して下さい。
- 入所を申し込んだ理由に✓を入れて下さい。お世話する人が病気の場合は内容を詳しく記入して下さい。
- 胃ろうなどの医療行為が必要な場合には□に✓を入れてして下さい。その他の病気については病状やかかりつけ医療機関を記入して下さい。

※介護保険証のコピーを必ず添付して下さい。  
また、認定更新で新しい介護保険証が来ましたら、コピーを提出して下さい。

特別養護老人ホームはかた寿園の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申し込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 入所申し込みに必要な「ケアプランに関する情報」等を居宅介護支援事業所等から得ること。
3. 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村へ提供すること。
4. 入所判定に必要な「心身等状況」「介護保険情報」を入所・入院施設、居宅ケアマネ等から得ること。
5. 要介護1・2の特例入所申込みの方の情報を市町村に報告し、意見を求めること。

\*. 入所は申し込み順ではありません。今治市の定める入所に係る指針により順位が確定します。  
また、申し込み状況によって順位の変動があります。

平成 27年 4月 1日  
氏名(本人又は代理人) 寿 一郎  印

寿園使用欄	初回受付日	平成 年 月 日	No.1 ( )	No.2 ( )
-------	-------	----------	----------	----------

※要介護1及び2の方の記入例は異なります。