

提出日 年 月 日

特別養護老人ホーム鳥還荘(ご家族様用)

施設NO、		年 月 日
-------	--	-------

入 所 申 込 書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。 年 月 日 (入所申込者又は家族) 名前 ㊟
-----	--

申請者 (連絡先)	〒 住所	名前	
		電話	()
		携帯	()
		入所申込者との関係	

入 所 申 込 者 の 状 況	フリカゝナ		性別	保 険 者	
	名 前	㊟	男・女	被 保 険 者 番 号	
	生年月日	年 月 日		要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
	現住所	〒 ー		要 介 護 認 定 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
	状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている (入所, 入院中の方は次の項目にご記入ください) ※施設名又は病院名 : ※所在地 : ※入所又は入院時期 : 年 月頃から			
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所, 浴室, 階段等の形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※在宅生活が著しく困難な理由を記載 (認知症・知的障がい・精神障がい等, 単身世帯・同居家族が高齢等により, 在宅生活が困難な状態であることがわかるように)			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 将来的な不安があり申込だけしておきたい ※今すぐ入所したいとなれば連絡下さい。			
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	治療疾病	※既往歴・現在治療中の病気			
	主治医	病院名		名前	その他の医院
	特養申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている (申込みをしている施設名 :)			
	主 介 護 者	フリカゝナ		性別	本人との関係
名 前			男・女	生 年 月 日	年 月 日
同居有無		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他 ()			
他 の 介 護 者	名前		続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	Tel
	名前		続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	Tel
	名前		続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外)	Tel

