

特別養護老人ホーム笑寿苑 入所申込書(ご本人・ご家族記入)

申込日 令和 年 月 日

(ふりがな)			性 別	男・女
入所申込者氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
現住所			電話番号	()
保 険 者	被保険者番号			
要 介 護 度	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
要介護認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
本人の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族がいる <input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所・入院中 ・施設・病院名: _____ 入所・入院時期: 年 月から			
	現在治療中の病名: <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> パルカテテル <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他() 主治医: _____ 医療機関名: _____			
障がい状況(手帳有無)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障がい名: _____)			手帳等級:
主介護者の状況及び入所希望の理由(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 主たる介護者である家族がいない(独居:一人暮らし)			
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者である家族はいるが(<input type="checkbox"/> 要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 高齢(70歳以上) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他(病気、育児等)の為に十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者である家族が入院、市外・県外の為に介護が出来ない			
	<input type="checkbox"/> 主たる介護者である家族の身体的・精神的・経済的負担が大きく十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> その他			
要介護1、2の場合	* 要介護1又は2の方が入所する為には、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と思われる項目に印をつけて下さい。 <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"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、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等が頻繁に見られる。 <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々による支援が期待出来ず、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。			
居室タイプの希望	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室 <input type="checkbox"/> いずれでもよい			
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望 <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 認知症により判断困難			
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請: <input type="checkbox"/> 簸の上園 <input type="checkbox"/> さくら苑 <input type="checkbox"/> 梅里苑 <input type="checkbox"/> みとやの郷 <input type="checkbox"/> えがおの里 <input type="checkbox"/> あいサンホーム <input type="checkbox"/> むらくも苑 <input type="checkbox"/> 愛寿園 <input type="checkbox"/> あかぎの里 <input type="checkbox"/> 松江市(ヶ所) <input type="checkbox"/> 出雲市(ヶ所)			

【申請者連絡先】

(ふりがな)			続 柄		性 別	男・女
氏 名			生年月日	大・昭・平 年 月 日		
住 所						
電話番号	自宅電話:		携帯:			
同居の有無	<input 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						

* 入所申込み中に、ご本人の介護度の変更、他の施設や病院等へ変わった場合は、必ず連絡をお願い致します。
 【担当ケアマネジャー 又は 担当相談員 連絡先】

事業所名			事業所電話番号
担当者名			