

特別養護老人ホーム 七福神入所申込書

申込日) 令和 年 月 日				受付担当者		
連絡者 (手続きにお見えになった方)	ふりがな氏名		続柄		同居の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住所	〒	連絡先		① ②	
入所希望者	ふりがな氏名		生年月日	M T S 年 月 日	年齢	歳
	住所	〒	性別	男 女	生活保護受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入所にあたり		<input type="checkbox"/> なるべく早く入所したい()		<input type="checkbox"/> 今すぐの入所希望ではない()		
担当ケアマネージャー氏名 / 事業所名			連絡先		要介護度	
健康保険(種別) 年金等(種別)						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居)					
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名)					
	<input type="checkbox"/> 施設 (入所施設名)					
身体状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 常食以外 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他()				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他()				
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他()				
	周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他()				
医療状況	(主な病名)					
	*医療行為の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	有の場合 <input type="checkbox"/> にレ点	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他()				
	手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 ()				
	*かかりつけ病院名			*主治医		

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため				
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため				
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため				
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため				
	<input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため				
	<input type="checkbox"/> その他()				
	[要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください]				
	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難				
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難				
	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、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による支援が期待できない				
	<input type="checkbox"/> 特記事項()				
家族の状況	氏名	続柄	年齢	同居の有無	別居の場合『住所・連絡先』
				有 無	
				有 無	
				有 無	
				有 無	
	主たる介護者について		・就労 有() 無		・育児 有 無
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ				
	<input type="checkbox"/> 他の施設に申込んでいる 施設名： ： ：				
施設記入欄					

説明・確認欄	私は、利用申し込みの際し				
	<input type="checkbox"/> 入所申込から順位決定までの流れ				
	<input type="checkbox"/> 特列入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有することについて施設から説明を受けました。				
	令和 年 月 日				
	氏名： 添付書類確認				
	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証のコピー ()				
	<input type="checkbox"/> サービス利用表 (サービスの予定表) ()				
	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 ()				