

申 込 日 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム上野の里入所申込書

下記の内容について記入をお願いします。尚□印のものについては、該当するものにチェック□及び記入をお願い致します。

フリガナ			性別	生 年 月 日	
入所希望者氏名			男・女	(大正・昭和) 年 月 日生 (才)	
現 住 所	〒			電話番号 - -	
被保険者番号					保険者名
要介護認定	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5				
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
担当の居宅介護支援事業者等	事業所の名称		担当者氏名		
	電話番号		- -		
健康保険	種類				
年金	種類				
身体の状況	1、病気による手足の動かないところが(ある・ない) 2、ある方はその部分()				
認知症状	1、無し・有り (軽度・中度・重度) 症状 (夜騒ぐ・一人で出歩く) 2、その他の症状具体的に()				
生活の状況	1、移動 (杖を使えばできる ・ 車いすを使えばできる ・ 一人ではできない) 2、排泄 (トイレで可 ・ 介助があれば可 ・ おむつを使用) 3、会話 (可能 ・ 言いたいことは何とか伝わる ・ 全くできない) 4、食事 (一人で可 ・ 介助が必要) 経管栄養 (経鼻経管 ・ 胃ろう)				
現況及び医療の状況	☐ 自 宅 ☐ 施 設 (施設名) 年 月 ~ ☐ 病 院 (病院名) 年 月 ~ ☐ その他 ()				
	☐ 糖尿病 (インシュリン注射・内服療法・食事療法) ☐ 人工透析療法 ☐ 在宅酸素療法 ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ 気管切開 ☐ 痰吸引 ☐ 感染症 () ☐ その他治療中の病気 ()				
居宅サービスの利用状況	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 短期入所生活介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 福祉用具購入 (購入品名) ☐ 住宅改修 (改修箇所)				
過去の入院入所の状況	種類	病院 ・ 施設 ・ その他		期間	年 月 ~ 月
	名称			理由	
	種類	病院 ・ 施設 ・ その他		期間	年 月 ~ 月
	名称			理由	
入所希望時期	☐ 早期の入所を希望 ☐ 年後くらいを希望 ☐ その他 ()				

入所を希望する理由	☐ 介護者がいないため				
	☐ 介護者が介護困難な状況にあるため (具体的な理由)				
	☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きい				
	☐ 居宅サービス等の経済的負担が大きい				
	☐ 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められているが、 在宅での生活が困難であるため(年 月 日頃退院(退所)予定)				
	☐ 将来的に介護が困難であるため				
	☐ その他				
入所判定にあたって特に配慮してほしい事項					
他施設への申し込み状況	申込み済みの施設 () () ()				
	申込み予定の施設 () () ()				
主たる介護者の状況	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日生 (才)	
	住所	〒 — —	電話	— —	
			要介護認定 無・有(要介護)		
		☐ 同居 ☐ 別居			
申込みとの関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他()				
家族の状況	家 系 図	氏 名	続 柄	年 齢	備 考
申込者	フリガナ	続 柄			
	氏 名	電話番号(連絡がとれる番号をご記入下さい)			
	住所 〒 — —	昼	— —		
		夜	— —		

私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者より説明を受けました。又、当施設での介護サービスに関わる利用目的(行政、他の施設、病院、診療所、薬局、介護系サービス事業者等との連絡、入所判定に関わる、判定会議等での個人情報)の使用について同意します。

年 月 日

入所希望者署名

代理人署名

(代理人が署名を代行した理由

)