

社会福祉法人春寿会
特別養護老人ホーム 春寿園 入所申込書

申込日	年	月	日()
受付日	年	月	日()

施設長殿

申請代理人

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒		
	電話番号	()	
	携帯電話	()	

貴施設への入所を希望しますので、次の通り申し込みます

フリガナ		男	明	
氏名		・	大 年 月 日 (歳)	
		女	昭	
住所	〒			
	電話番号	()		
介護保険	被保険者番号	要介護度	1・2・3・4・5	
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
負担割合	1割・2割	負担限度額認定	1・2・3・4	
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は施設	名称	
	<input type="checkbox"/> 入院中		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 利用中		住所	
	入院又は利用期間		年 月 日 ~	
心身状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車いす]		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布下着 <input type="checkbox"/> リハパン(パット有・無) <input type="checkbox"/> おむつ使用(日中・夜間) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> カテーテル()		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 () [主食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 [副食] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 一般浴]		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴		
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
	問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動() <input type="checkbox"/> 自傷行為() <input type="checkbox"/> 徘徊() <input type="checkbox"/> 不穏行動() <input type="checkbox"/> 不潔行為() <input type="checkbox"/> 異食行動() <input type="checkbox"/> その他()		
	医療	現在治療中の病気・過去の病歴		

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"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <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、日常生活に支障をきたしている・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、日常生活に支障をきたしている・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 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、独居家族が高齢又は病弱である等により家族の支援が期待できない <input type="checkbox"/> 特記事項()					
家族状況	氏名	続柄	年齢	同居別居の別	住所	連絡先 (連絡可能な方)
	主介護者に <input checked="" type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい()					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込している <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込している (施設名:)					
特記事項						
担当ケアマネージャー	氏名				連絡先	
	事業所名					
在宅サービス利用状況	サービス内容	事業所名			利用日(頻度)	
説明確認欄	私は、入所申込に際し、 <input type="checkbox"/> 入所順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特定入所の趣旨、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。 平成 年 月 日 氏名: (印)					

※保険者証(負担割合証、負担限度額認定証を含む)の写しを添付してください