

サテライト型特別養護老人ホーム エール境川 入居申込書

サテライト型特別養護老人ホーム
エール境川 施設長 様

入居を希望するので、下記の通り申込みます。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日
受付番号		受付者		

申込者連絡先 (第一連絡先)	氏名		自宅住所	〒			
	続柄			電話番号:			
	勤務先名		勤務連絡先:		携帯:		

本人の状況	(フリガナ)		性別	保険者番号					
	氏名		男・女	被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要介護度	1・2・3・4・5					
	電話番号	自宅:	要介護認定有効期間		平成 年 月 日から				
		携帯:			平成 年 月 日まで				
	自宅住所	〒		介護認定更新中の有無	□有 □無 おおよそ(凡その認定日: 年 月 日)				
	現在の居所	□単身で居住 □高齢者のみの世帯 □家族と同居 □他の施設や病院に入っている							
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称		所在地	〒				
		入所又は入院期間	平成 年 月から(年 月)		電話番号				
	入居申込理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住居がない又は立ち退きを求められている □借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある □その他() <input type="checkbox"/> 介護する者が居ないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間は独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()							
本人の意向	□入居を希望している □納得している □迷っている □知らせていない □認知力低下により理解困難								
在宅介護継続期間	年 月	居宅サービス利用の有無	□有(下記、利用中サービス欄に記入ください) □無						
申込日前月に利用中のサービス (月分)	訪問介護	回/月	訪問リハビリ	回/月	訪問看護	回/月			
	訪問入浴	回/月	通所介護	回/月	通所リハビリ	回/月			
	短期入所生活介護	日/月	短期入所療養介護	日/月	福祉用具貸与	品目			

本人の状況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1~3カ月) <input type="checkbox"/> 6カ月後 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内											
	介護支援専門員の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由)											
	利用している居宅介護支援事業所名称等	電話番号	担当ケアマネージャー名										
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養(口経鼻経管・胃ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() 受診している医療機関名() 現在治療中の病名() 特記事項()											
	問題行動の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記の「問題行動の状況」項目に1つも当てはまるものがない場合) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4</td> <td><input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4</td> <td><input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4</td> <td><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4</td> <td><input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4</td> </tr> </table> ※上記の該当数字に○をつけてください。 1. ほぼ毎日 2. 週3~4回程度 3. 週1~2回程度 4. 月に数回程度 特記事項:				<input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4
<input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・3・4											
<input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4											
<input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4	<input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4											
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 特養・老健・療養型・病院等、他の施設にも申し込んでいる(予定も含む) (箇所) ・既に申し込んでいる他の施設名()()() ・今後申込む予定の施設名()()() ・特養待機期間(他施設も含む) 年 月 日												
主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人											
	(フリガナ)	性別	男・女	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所:									
	主たる介護者の氏名	年齢	満 歳	本人との関係 電話番号:									
	意見等(現状の介護で困っていることなど)	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)											
	家族以外の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族・援助者なし											
サテライト型 特別養護老人ホームエール境川への入居の申込にあたり、その手続きについて説明を受けました。													
平成 年 月 日 氏名 ⑩													
同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャー、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 ⑩												

注1 要介護度などの要件や他施設に入居されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合は下記にご記入ください。

サテライト型特別養護老人ホーム エール境川 入居申込書 (記入例)

サテライト型特別養護老人ホーム
エール境川 施設長 様

入居を希望するので、下記の通り申込みます。

申込日	平成 30 年 3 月 1 日		
受付日	平成 年 月 日	※施設記入欄	
受付番号	※施設記入欄	受付者	※施設記入欄

申込者連絡先 (第一連絡先)	氏名	光 珠 二 郎	自宅住所	〒 406-0842 笛吹市境川町石橋1988-1	
	続柄	長 男		電話番号 : 055-261-8711	
	勤務先名	(株)光珠商事		勤務連絡先: 055-221-1111	携帯: 090-1234-5678

本人の状況	(フリガナ)	コウジュ タロウ		性別												
	氏名	光 珠 太 郎			男 ・ 女	保険者番号	1 9 2 1 1 2									
						被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
	生年月日	明 大 (昭) 15 年 7 月 7 日(満 77 歳)			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ (4) ・ 5										
	電話番号	自宅: 055-261-8711			要介護認定有効期間	平成 29 年 6 月 30 日から										
		携帯: 090-2345-6789				平成 30 年 7 月 29 日まで										
	自宅住所	〒 406-0842 笛吹市境川石橋1988-1			介護認定更新中の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <small>おおよそ(凡その認定日: 年 月 日)</small>										
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 単身で居住 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている														
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称	〇〇 病院			所在地	〒 406-0032 笛吹市石和町 〇〇〇									
		入所又は入院期間	平成 29 年 12 月から (年 3 カ月)			電話番号	055-261-〇〇〇〇									
入居申込理由 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 住居がない又は立ち退きを求められている <input checked="" type="checkbox"/> 借家等のため本人に適した住宅改修ができない <input type="checkbox"/> 住居の構造上支障がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護する者が居ないため <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なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住するか又は長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間は独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()															
本人の意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input checked="" type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難															
在宅介護継続期間	年	カ月	居宅サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記、利用中サービス欄に記入ください) <input checked="" type="checkbox"/> 無												
申込日前月に利用中のサービス (月分)	訪問介護	回/月			訪問リハビリ	回/月			訪問看護	回/月						
	訪問入浴	回/月			通所介護	回/月			通所リハビリ	回/月						
	短期入所生活介護	日/月			短期入所療養介護	日/月			福祉用具貸与	品目						

本人の状況	入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3カ月) <input type="checkbox"/> 6カ月後 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上()年以内			
	介護支援専門員の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (理由)			
	利用している居宅介護支援事業所名称等	〇〇〇居宅介護支援事業所 電話番号 055-〇〇〇-〇〇〇〇	担当ケアマネージャー名	〇〇〇〇	
	医療の状況(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻経管・ <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input checked="" type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()			
	問題行動の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記の「問題行動の状況」項目に1つも当てはまるものがない場合) <input type="checkbox"/> 徘徊 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 暴力行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 被害妄想 1・2・ 3 ・4 <input type="checkbox"/> 不穏行動 1・2・ 3 ・4 <input type="checkbox"/> 自傷行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 異食行動 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 不潔行為 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 火の不始末 1・2・3・4 <small>※上記の該当数字に○をつけてください。 1. ほぼ毎日 2. 週3~4回程度 3. 週1~2回程度 4. 月に数回程度</small>			
他施設への申込状況	<input checked="" type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 特養・老健・療養型・病院等、他の施設にも申し込んでいる(予定も含む) (箇所) ・既に申し込んでいる他の施設名()()() ・今後申込み予定の施設名()()() ・特養待機期間(他施設も含む) 年 月				
主たる介護者の状況	家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 3 人			
	(フリガナ)	コウジュ ハナコ	性別	男・ 女	本人との関係
	主たる介護者の氏名	光珠 花子	年齢	満45歳	続柄(長男の嫁) <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 笛吹市御坂町二之宮1966-1 電話番号 055-261-8711
	意見等(現状の介護で困っていることなど)	(※身体状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。) 脳梗塞の後遺症により、左半身マヒ、それにともない歩行が困難となる。 車椅子を使用したいが、借家のため、住宅改修が困難であり自宅での介護が不可能となった。			
家族以外の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族・援助者なし				
サテライト型特別養護老人ホームエール境川への入居申込みにあたり、その手続きについて説明を受けました。					
※受付時、施設側から説明した後に、ご記入していただきます。 平成 年 月 日 氏名 ⑩					
同意欄	今後、入居申込者の状況等について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャー、その他サービス提供事業者等に照会することに同意いたします。 平成 30 年 3 月 1 日 氏名 光珠 太郎(自筆) ⑩ 光珠				

注1 要介護度などの要件や他施設に入居されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。

注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする場合があります。

その他

※入居を申し込むにあたり、特段の事象がある場合は下記にご記入ください。