

地域密着型特別養護老人ホーム エールニ之宮 入居申込書

エールニ之宮 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	(第一代理の方)	氏名		自宅住所	〒
		続柄			
		勤務先名		勤務連絡先:	

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)	☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 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 ☐ 住居の構造上支障がある ☐ その他() ☐ 介護する者が居ないため ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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	☐ 早期希望(1～3カ月) ☐ 6カ月後 ☐ 1年以内 ☐ 1年以上()年以内													
	介護支援専門員の有無	☐ 有 ☐ 無 (理由)													
	利用している 居宅介護 支援事業所 名	電話番号		担当ケア マネージャー名											
	医療の状況	☐ 経管栄養(☐ 経鼻経管・ ☐ 胃ろう) ☐ 中心静脈栄養 ☐ インスリン自己注射 ☐ たん吸引 ☐ ストーマ(人工肛門)処置 ☐ カテーテル ☐ 末梢点滴 ☐ 人工透析 ☐ 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	☐ 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"> <tr> <td>☐ 徘徊 1・2・3・4</td> <td>☐ 暴力行為 1・2・3・4</td> <td>☐ 被害妄想 1・2・3・4</td> </tr> <tr> <td>☐ 不穏行動 1・2・3・4</td> <td>☐ 自傷行為 1・2・3・4</td> <td>☐ 異食行動 1・2・3・4</td> </tr> <tr> <td>☐ 不潔行為 1・2・3・4</td> <td>☐ 昼夜逆転 1・2・3・4</td> <td>☐ 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					☐ 徘徊 1・2・3・4	☐ 暴力行為 1・2・3・4	☐ 被害妄想 1・2・3・4	☐ 不穏行動 1・2・3・4	☐ 自傷行為 1・2・3・4	☐ 異食行動 1・2・3・4	☐ 不潔行為 1・2・3・4	☐ 昼夜逆転 1・2・3・4	☐ 火の不始末 1・2・3・4
	☐ 徘徊 1・2・3・4	☐ 暴力行為 1・2・3・4	☐ 被害妄想 1・2・3・4												
☐ 不穏行動 1・2・3・4	☐ 自傷行為 1・2・3・4	☐ 異食行動 1・2・3・4													
☐ 不潔行為 1・2・3・4	☐ 昼夜逆転 1・2・3・4	☐ 火の不始末 1・2・3・4													
他施設への 申込状況	☐ 当該施設のみ申込み ☐ 特養・老健・療養型・病院等、他の施設にも申込んでいる(予定も含む) (箇所) ・既に申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														
主 た る 介 護 者 の 状 況	家族構成	☐ 本人 ☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他() 計 人													
	(フリガナ)		性別	男・女	本人続柄() ☐ 同居 ☐ 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	☐ 子 ☐ 兄弟・親戚等 ☐ 親族はないが援助者あり ☐ 親族・援助者なし													
特別養護老人ホームエールニ之宮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															
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														

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。