**特別養護老人ホーム三陸園・らふたぁらふたぁヒルズ　入所申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者連絡先 | フリガナ |  | 続　　柄 |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 | 〒 | |
| 電話番号 | （自宅）　　　　　　　（携帯） | |

　　申込日

　　平成　　年　　月　　　日

受付日

　　平成　　年　　月　　　日  
※今後の郵便物等は上記の申込者連絡先にお送りさせて頂きます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　居　希　望　者　の　状　況 | フリガナ |  | | | | | | 性　別 | | | | 保険者 | | | 市　区　町　村 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 男　・　女 | | | | 被保険者番号 | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳） | | | | | | | | | | 要介護度 | | | 要介護　１　　２　 ３　 ４　 ５ | | | | | | | | | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | | | 要介護  認定期間 | | | 平成　　　年　　　月　　日から  平成　　　年　　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | |
| 現在の  居　所 | * 自宅で一人で暮らしている　　　　　　□　自宅で家族と暮らしている * 他の施設や病院に入っている（詳細を下記に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設・病院の名称 | | |  | | | | | | | | 入所または入院期間 | | | | | | 平成　　年　　月から | | | | | | | | |
| 入居を希望する理由（複数選択可） | * 介護する者がいないため * 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難のため * 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため * 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため * 居住環境の事情により十分な介護が困難なため * 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望時期 | * 今すぐ入居したい | | | | | | | | * 平成　　年　　月　頃までに入居したい | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の  状　況 | * 経管栄養　　□　胃ろう　　□　在宅酸素　　□　インシュリン注射　　□　透析 * 気管切開　　□　人工肛門　　□　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現病名 |  | | | | | | | | 既往歴  （病歴） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込状況 | * 当施設のみ申込 * 他の施設にも申し込んでいる（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービスの状況 | * サービスを利用している * 利用していない | | | | | 【サービス内容】 | | | | | | | | | 事業所： | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネ： | | | | | | | | | | | |
| 本人経済状況 | 年金 | | 国民　・　厚生　・　共済　・　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 円/月 | | | | | | | |
| その他の収入 | | 遺族年金　・　恩給　・　その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 円/月 | | | | | | | |
| 介護者の状況 | フリガナ |  | | | | 続柄 | | | 生年月日 | | 明治・大正・昭和  　年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | 家　系　図 | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| 同居区分 | * 同居している　　□　別居している（住所　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意　見 | 【介護をしている上で困っている事】 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　※介護保険の被保険者証を持参の上、施設に提示してください