

入所申込書

入所希望施設 【 宗玉園 ・ 老健コスモス ・ 両施設 】 申込日 R 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日	
	住所	〒				
身元引受人①	フリガナ		続柄	年齢	生年月日	
	氏名				大・昭・平 年 月 日	
	住所	〒			電話	
	勤務先				電話	
	勤務先住所					
身元引受人②	フリガナ		続柄	年齢	生年月日	
	氏名				大・昭・平 年 月 日	
	住所	〒			電話	
	勤務先				電話	
	勤務先住所					
健康保険証		有 ・ 無	後期高齢者医療被保険者証		有 ・ 無	
負担限度額認定証		有 ・ 無	生活保護受給証明書		有 ・ 無	
身体障害者手帳		有 ・ 無	特定医療費受給者証		有 ・ 無	
現況	介護保険被保険者番号					
	要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	※特養入所希望の要介護度1または2の方は、「特例入所申込書」が必要です。					
	要介護認定の有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
	日常生活自立度（障害）		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	日常生活自立度（認知症）		正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
□一人暮らし □家族と同居（誰と）						
□施設や病院に入っている						
施設名又は病院名						
所在地						
入所又は入院時期 年 月 日 から						
居宅サービスの利用状況	☆ 居宅サービスの有無		□受けている □受けていない			
	☆ 現在受けているサービス					
	□訪問介護（ヘルパー）		月 回	□訪問入浴		月 回
	□訪問リハビリ		月 回	□デイサービス		月 回
	□ショートステイ		月 日	□小規模多機能型居宅介護		月 回
□その他 []						

【説明確認及び同意書】

- ・ 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・ 入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除される可能性があることに同意します。
- ・ 入所制度の適正な運用の為、この申込書及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供する事に同意します。
- ・ 施設が居宅介護支援事業者等へ入所希望者の状態について確認することに同意します。

令和 年 月 日 身元引受人 氏名 印 (続柄)

医療的処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻造設 ・ 鼻腔) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストーマ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 []						
状況介護	<input type="checkbox"/> 当該施設併設のショートステイを利用したことがある。 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状がある。 <input type="checkbox"/> 居住環境が介護に適していない。 <input type="checkbox"/> 介護サービスが不十分である。 <input type="checkbox"/> その他 []						
現在の病気							
今迄の病気							
家族の状況	配偶者	有・死亡	氏名	続柄	年齢	住所	
		無					電話番号
	その他の家族	①					
		②					
		③					
※							
利用を希望する理由（複数回答可）	該当する番号に○をつけ、□項目にチェック	主たる介護者の有無		□無 ・ □有			
		年齢		□75歳以上 □75歳未満65歳以上 □65歳未満			
		1. 身寄りがなく、介護する者がいない					
		2. 介護する者がいない (□介護者が長期入院・入所 □介護者が遠方に在住)					
		3. 介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が □要介護状態 □病気療養中 □障害がある)					
		4. 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が □要支援状態・高齢 □就労 □他の介護 □育児)					
5. 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である							
6. 1～5に該当しない (介護に欠ける状態ではない)							
※上記を記入し、現在の家族状況・介護者の状況をご記入ください。							
特記							