□ケアハウス/□特定施設 夕なぎ苑 入居申込書

申込日	年	月	日	受付日		年	月	日
-----	---	---	---	-----	--	---	---	---

ケアハウス/特定施設 夕なぎ苑 施設長 殿

申込者(連絡先)

住 所	₸			
(フリガナ)				
氏 名		電話番号	()

私は、ケアハウス/特定施設 夕なぎ苑に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入	(フリ	ガナ)								性		別	男・女
居	氏			名								住」	民 登	録	
希															市·区·町·村
望	現	住	È	所	₹										
者	(D.		F 1).	⇒~ \	_										
の	(任	氏是	票住	所 <i>)</i>								T	EL		
状	実際	祭にま	お住る	まい	₹_										
況		,	,	 -	_										
	の	ſ	È	所								T	EL		
	生	年	月	日	明・	大·昭		年	月	日(歳)				
								1.	国民優	建康保険					
	医	療	保	険	種		別	2.	後期高	新齢者		記号	計・番	号	
								3.	任意組	迷続					
								年	間の国」	民年金額	:				円
	年	\$	定	等	種		別	年	間の厚	生年金額	:				円
								その	の他の」	収入:					円
					入月	居利用	等経	登費に	ついて			家族	戻の方	が丿	入居利用料を負担される場合は必ず
					1.	本人類	負担					ご訂	己入く	ださ	さい。
	経	費	支	払	2.	一部之	本人	負担	+家族	負担		住所	ŕ		
					3.	全額第	家族	負担				氏名	7		
					該	当箇所	を〇)で囲	んでく	ください。		職業	美		
												続杯			

		□有 □無
	障害手帳等	→手帳の種類(障害名)
		(判定 級(度) 年 月 日)
	介 護 保 険	被保険者番号
	要介護認定	□自立 □要支援() □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5
	女 刀 荗 杺 疋	(認定期間) 年 月 日~ 年 月 日
		□介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している
		□養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している
	現在利用してい	□自宅で暮らしている
	る居宅サービス	(施設に入所(入居・入院している場合))
		施設名又は病院名
		市・区・町・村
		入所又は入院期間 年 月 日~
入	現在利用してい	
居	る居宅サービス	□訪問入浴介護 (月に 回程度)〔〕
希	*1 該当するもの	□訪問看護 (月に 回程度) 〔
望	をすべて選ん	□訪問リハビリテーション (月に 回程度) []
者	でください。	□居宅療養管理指導 (月に 回程度) []
の	*2〔〕内に事業	□通所介護
状	者名を記入し	□通所リハビリテーション (月に 回程度)〔〕
況	てください。	□短期入所生活介護
		□短期入所療養介護 □程度)〔〕
		□福祉用具の貸与・購入費支給
		□住宅改修費の支給
		□その他()
	身体の状況	食事 □自立 □見守り □一部介助 □全介助
		(食事の種類)(主食)□常食 □半粥 □全粥 □ミキサー
		摂取 (副食)□常食 □刻み □ミキサー
		□ □ □ □ □ □ □ □
		(おむつの使用)□なし □昼夜 □夜
		入浴 □自立 □一部介助 □全介助
		更衣 □自立 □見守り □一部介助 □全介助
		□自立 □見守り □一部介助 □全介助
		移動
		視力 □普通 □やや悪い □人の動きがわかる程度
		聴力 □普通 □やや悪い □大声が聞き取れる
		言語 □普通 □聞き取りにくい □聞き取れない

	認知症・精神の症状	□何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している											
		□日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば目											
		3											
			こ支障があるよ	うな症状が見られ、介護を	必要とする	ろ							
			□常時生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする										
				動が見られ、専門医療を必		上北女亡	<i>)</i> • • •						
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		奇声、摂食異常、不潔行為		行为竿の	行 動	ts					
		のいいは相仏	悍古かのる場 に	合は、その状況や頻度等を具	←74-17 (〜 計		, /z a	۸,۰					
								<u></u>					
													
入	医療的処置	□カテーテバ	レ □ストマ	(人工肛門) □経管栄養									
居	*該当するものをすべ	□酸素療法	□インシ	ュリン注射 □疼痛看護									
希	て選んでください。	□その他()									
望													
者		(現在治療中	の病気)										
の		J.		入院•通院病院		期間							
状					年	月~							
況					年	月~							
					年	月~							
		(既往症)											
			 病名	入院·通院病院		期間							
					年	月~	年	月					
					年		<u></u> 年	月					
					<u> </u>		<u>'</u> 年						
					'			/ 3					
			□ス早差胡老	がケアハウス / 特定協設へ	のえ足を	<u></u> 差胡して	L\ Z						
	入居希望者の意向(フ	居希望者が	□入居希望者がケアハウス/特定施設への入居を希望している □入居希望者は在宅での生活を希望している										
						きたい							
	申し込んでいる場合を	を除く)		□入居希望者の意向は確認していない又は確認できない									
			□その他()										

家	入居を希望	望する	□身寄りがな	いなど介護	使するものがい	いない	.						
族	理由		□介護する者	音が、距離か	ぶ離れている・	入院日	してい	いるなどの状況	こにあ	り介護ス	ができ	きない	
や	*該当する	るもの	□介護する者	首が、要介護	Ĕ状態・病気療	養中・	障害	を有するなどの	の状況	兄にあり	、十	分な介	
住	をすべて	選んで	護が出来な	護が出来ない									
居	ください。		□介護する者	が、要支援	後状態・高齢な	どの	犬況に	こあり、十分な	介護	が困難			
等			□介護する者	首が、複数の	介護や育児	を行っ	てい	る状況にあり、	、十分	かな介護	が困	難	
の			□介護する者	音が、就労し	ている状況に	こあり	、十:	分な介護が困	誰				
状			□介護する者	音の身体的・	情神的負担が	大きい	()						
況			□車椅子を係	 使用している	が、住居の原	郭下等	の構	造が適している	ないた	とめ介護	が困	難	
			□住居の便所	斤、浴室、階	皆段等の形態。	や構造	が適	していないた	め、十	一分な介	護が	困難	
			□介護老人係		護療養型医療	寮施設	大病	院等から退所	退院)を求め	られ	ている	
			が、在宅での)介護が困難	É								
			 □当該施設を	と退所して長	長期入院した復	发 、退	院す	ることになった	たが在	E宅での	介護	が困難	
			□その他()					
			(フリガナ)			性	別	年齢/生年月	日		(歳)	
			氏 名			男・	女	明·大·昭	1	年 月]	日	
				 □同居 □	 〕別居								
					住所〒	7	ΓEL	()					
			同居の区分	分									
	身元引	受 人	入居希望者	□配偶者	□子 □子	の配偶	者	□兄弟姉妹	□その	つ他()		
			との関係										
			意 見										
		T						ı					
家	続柄		氏名		住	所			貫	 話	I	敞業	
族													
状													
況													
(近													
親													
者)													
i													

そ	入居を希望する	□今すぐ入居したい
の	時期	□ 年 月頃までには入所したい
他	他施設の申し込	□当該施設にのみ申し込んでいる
	み状況	□他の施設にも申し込んでいる
		(他の施設名)
扣刀	4ケアマネジャー	氏 名 連 絡 先 TEL ()
1旦=	ヨケノマホンヤー	事業所名
生	活 歴	例:○○で出生。○○学校を卒業。○○歳で結婚。など、生活歴をご記入ください。
備		施設への要望又は、記載項目にない事項等々ご自由にお書きください。
F		
留	意 事 項	入居希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本人申込書に記載した事項等
		が変わった場合、あるいは他の施設等に入居、入所した場合は、必ず当施設に連絡を
		してください。