

□桜井の里 特別養護老人ホーム入居申込書

特別養護老人ホームの入居を希望しますので、次のとおり申し込みます。

入居希望施設 (ふりがな)	桜井の里 桜井の里・絆(個室のみ) 分水の里 はな広場(個室のみ)	
氏名	性別 男・女	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
申込者	氏名 (続柄) 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所	
	自宅電話番号 () - - - 携帯電話番号 () - - - 勤務先: _____ 勤務先電話番号 () - - -	
	介護保険被保険者番号	保険者(市町村名)
	要介護度	要介護3 要介護4 要介護5 ※ 要介護1 要介護2 ※要介護1、要介護2の方は特例入居に当たるため、 裏面「特例入居を申請するにあたっての具体的要件」を記入して下さい。
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
担当ケアマネージャー (医療相談員・計画作成者等)	氏名/ _____ TEL/ _____ 事業所名/ _____	
施設入居中	利用施設名: _____ 年 月から入居中	
在宅サービス利用	年 月 から 年 月	
利用中のサービス ※該当するもの全て に☑をつけて下さい	<input type="checkbox"/> ショートステイ (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> デイサービス (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (事業所名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (事業所名: _____)	

(裏面も記入してください)

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人口肛門） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ _____）			
既往症	病名	入院・通院医療機関名	期間	
現在治療中の病気	病名	入院・通院医療機関名	期間	
かかりつけ医師名		医療機関名（医院・病院）		
その他	<input type="checkbox"/> 施設の申し込みは当該施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる <u>概に申し込んでいる施設名</u> <hr/> <u>今後申し込み予定の施設名</u> <hr/>			
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居を希望する		
	※要介護1・2の方が記入 特例外入居を申請するに当たっての具体的要件 ※該当する項目に☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難である。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状況である。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、身心の安全・安心の確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態である。		
※要介護1・2の方が記入 上記で図した項目について状況と入居を希望する理由を具体的に記入してください。				
※要介護3・4・5の方が記入 現在の介護状況と入居を希望する理由を具体的に記入してください。				
特記事項 (受付施設が記入)	※社会活動経験の確認（ボランティア等の経験）			

申込受付年月日： 令和 年 月 日 申込受付者 _____