

介護老人福祉施設 入所申込書



申込番号

申込日

年 月 日

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)			
利用者氏名	様		<input type="checkbox"/> 女					
現住所				電話	() -			
現在 いるところ	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の施設							
病院もしくは 施設の名称				電話	() -			
申込者 (当施設からの 連絡に使用しま す)	氏名			続柄				
	住所	〒	区 市	町	電話	() -		
ご家族	氏名			続柄	○ □			
	氏名			続柄				
	氏名			続柄				
	氏名			続柄				
	氏名			続柄				
介護保険	保険者	<input type="checkbox"/> 昭島市 <input type="checkbox"/> その他の区市町村 ()						
	被保険者番号							生活保護 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 現在申請中						
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
	ケアマネージャー				事業所名			
状 況	同居の方	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる						
	主な介護者	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 健康状態： <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 障害がある						
	介護を手伝う方	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方： <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他						
	住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅に戻れない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> その他						
		<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅に住む <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない						
		<input type="checkbox"/> 風呂やトイレが住む階にない <input type="checkbox"/> その他						
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 大きな声をあげる							
特別な医療	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> その他							
現在 利用している 介護保険 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイサービス） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケアサービス） <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他のサービス（							

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を
 保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネージャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、
 通知することに同意します。

特別養護老人ホーム フジホーム施設長 殿
 令和 年 月 日

氏名 _____ 印