

西予市内特別養護老人ホーム共通

入所申込書

申込日：平成 年 月 日

申込者 (申請代行者) ※主介護者	氏名	生年月日
	住所	続柄
	電話 自宅 携帯	

入所者の状況 (※印欄は施設にて記入しますので介護保険被保険者証をご持参ください。)

フリガナ		性別		※保険者名	
氏名		男 女		※被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	※要介護度		1	2
現住所	〒 - TEL	※有効認定期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	3	4
現況	食事	<input type="checkbox"/> 経口 (・常食 ・きざみ ・ミキサー) <input type="checkbox"/> 経管 (・経鼻 ・胃ろう ・腸ろう)			
	認知症 (周辺症状)				
	現在生活しているところ	・自宅 ・病院 ・老健 ・グループホーム ・養護老人ホーム ・その他 () 【施設名： 】			
	在宅サービスの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	入院・施設に入所している場合	<input type="checkbox"/> 早期の退院、退所を求められている			
	医療行為	・褥瘡 ・人工透析 ・吸痰 ・在宅酸素 ・インスリン			
	既往症				
担当ケアマネージャー	事業所名：	氏名：			

介護者の状況及び生活環境

<input type="checkbox"/> 介護者なし。	
<input type="checkbox"/> 介護者あり。	・就労中 ・育児中 ・病弱 ・他に介護している。
<input type="checkbox"/> 介護の協力者。	・あり ・なし
<input type="checkbox"/> 介護負担の状況	・あり ・なし
<input type="checkbox"/> 住環境の問題	
介護上の悩みや困っていることをご記入ください。	

同意書

介護保険サービスの円滑な運営を支援するため次のことについて同意します。

1. 入所検討委員会に必要な「介護認定に係る情報」を市町から得ること。(個人情報の取り扱い)
2. 市町から要求があった場合、この申込みにかかる情報を提出すること。(個人情報の取り扱い)
3. 入所検討の際、必要な情報を、申込者・ご家族・関係機関等から聴取すること。(個人情報の取り扱い)

平成 年 月 日

氏 名 印

入所希望施設

あけはま荘	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多	しいのき園	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多
松葉寮	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多	寿楽苑	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個・多
法正園	個室のみ	皆楽園	個室のみ

※お申し込みの施設に希望順位をご記入ください。

家族状況

氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

家族構成

◎ご本人 □男性 ○女性 △主介護者 ▽副介護者 ☆キーパーソン

受付：平成 年 月 日

受付職員：

所属施設：

※お申し込み施設が複数の場合→受付職員が該当施設に申込書・介護保険証を転送すること。