

だいな紫塚ケアホーム

介護付有料老人ホーム[指定特定施設入居者生活介護]入居申込書

申込者連絡先	氏名:	続柄
	〒	
	住所:	
	電話番号	

施設記入欄	申込日	年 月 日
	受付番号	担当者名
	法人名	医療法人 大那
	入居申込施設名	だいな紫塚ケアホーム

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

本人の状況	(フリガナ)	性別	保険者(番号)			
	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	自立 支援1・支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請予定日	平成 年 月 日 (介護認定をされていない人)		
	自宅住所	〒				
		電話番号				
	現在の居所状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている (施設入居の場合下記記入してください)				
	入居申込理由 (複数可)	施設の名称	所在地	〒 -		
		入所又は入院期間	平成 年 月 から (年 か 月)	電話番号 ()		
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他()				
在宅介護の期間	年	居宅サービスの利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無			
利用中のサービス	訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	訪問リハビリ	回/月
	デイサービス	回/月	デイケア	回/月	ショートステイ	日/月
本施設をお知りになった方法	<input type="checkbox"/> 新聞チラシ <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 垂れ幕 <input type="checkbox"/> ケアマネの紹介 <input type="checkbox"/> 病院の紹介 <input type="checkbox"/> 施設の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 役所の紹介 <input type="checkbox"/> その他()					

本人の状況	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 検討中(申し込みを先行)		
	担当ケアマネ名		ケアマネの施設名 連絡先(電話番号)	()
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んでいる(箇所)		

主たる介護者の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他() 計 人			
	(フリガナ)		性別	年齢	続柄() <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所: 電話番号: ()
	主たる介護者の氏名		男・女	歳	
	意見等 (現状の介護で困っていることなど)	(注:介護で困っている事や、介護者の仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)			
	同居以外の親族・援助者の有無	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし			

同意欄	今後、介護付有料老人ホーム入居について、現在のケアマネジャーや保険者である市町村に連絡・相談することに同意します。 平成 年 月 日 氏名: _____
-----	---

注1 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。