

特別養護老人ホーム 神川苑 入所申込書

令和 年 月 日

ユニット型個室 ・ 従来多床室 ・ どちらでも良い

ご希望の居室タイプに○印を付けてください。

特養 白樺荘

(フリガナ)		生年月日	明・大・昭	年	月	日(才)
本人氏名	印	性別	男 ・ 女			
住所			TEL			
ご家族氏名		本人との続柄				
住所			TEL			

介護保険被保険者証						
被保険者番号		要介護度		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	保険者	番号	名称

交付年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無	食事の負担限度額	300円・390円・650円・1,360円
--------------	-------	----------	-----------------------

担当の介護支援専門員			
氏名	事業所名	TEL	

本人の状況	
※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。	
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等の為介護が難しい <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である <input type="checkbox"/> その他(介護で困っているようなことがありましたら、お書きください) []
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり ⇒ <u>以下のあてはまる項目に、レ印を付けて下さい</u> <input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)なし <hr/> <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家の中で迷う <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他(介護で困っているようなことがありましたら、お書きください) []

本人の生活歴

生活歴	出身地		職 業	
	結婚歴		ご子息数 ご息女数	人
	性 格		対人関係	拒否的 ・ 普通
	趣 味		嗜 好	
	酒・たばこ	酒（飲む・飲まない）		たばこ（吸う・吸わない）
	生活歴詳細・特記事項等			
現在の状況	現在、処方されている薬（コピー添付でも可）			
	在宅サービスは利用されていますか	<input type="checkbox"/> はい（サービス名・利用頻度を下記に記載してください） <input type="checkbox"/> いいえ		
収入状況	年金・恩給等	種類	年額	円
	その他収入	種類	年額	円
利用料等 経費支払	本人 ・ 身元保証人 ・ その他（ ）			

身元保証人

氏名	続柄	住 所	連絡先
①			
②			

家族構成

男性： 女性：

	過去の病気		
	現在の病気		
	現在の主治医	病院名	
医師名			

申込者欄 < 身元引受人(家族)欄 >

説明 確認欄	入所申込に係る説明事項【入所申込にあたって】について確認しました。				
	令和 年 月 日				
	フリガナ		年齢		本人との続柄
	氏名		印		

(郵便物の送付や施設からの連絡先)
※家族等の場合、入所契約の代理人となれる方をお願い致します。

〒 _____

住所 _____

TEL () _____ 携帯 _____

職業 _____

申込代理者欄 < 介護支援専門員 >

※本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認願います。

代理申込みを行う 介護支援専門員	フリガナ 氏名	連絡先 電話番号	
介護支援事業所名			
代理申込みを行う介護支援専門員の意見			

※本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理者欄(家族等)に記入して下さい。			
説明 確認欄	入所申込に係る説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。		
	年 月 日	代理申込	
		介護支援専門員署名	印