

様式1

社会福祉法人千厩寿慶会特別養護老人ホーム利用申込書

申込施設： 千寿荘 ひなた苑

申込日	令和	年	月	日	受付者印
-----	----	---	---	---	------

記入された方（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。）

申込者 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人	住所	〒 -			受付 処 理 欄
	ふりがな		本人との続柄		
	お名前				
	電話番号				

次の者が貴施設を利用したいので申し込みます。

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名		生年月日		年	月 日
本人の現住所		電話番号			
1、要介護 認定状況	被保険者番号（右詰め）			保険者	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
2、介護者の 状況	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	氏名		生年月日		年齢 歳
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> （本人）独居 <input type="checkbox"/> 別居（併）別居年数 年			
	<input type="checkbox"/> 介護者の 事情あり	<input type="checkbox"/> 要介護2以上 <input type="checkbox"/> 身障2級以上 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 未成年 <input type="checkbox"/> 重篤な介護疲れ <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 要支援1以上 <input type="checkbox"/> 身障3級以下 <input type="checkbox"/> 病弱（経） <input type="checkbox"/> 就労（週20時間以上） <input type="checkbox"/> 複数介護・養育（小学生以下）			
3、指定居宅 介護サービス	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス利用（週 回） <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与のみ利用 <input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入所 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所入所 <input type="checkbox"/> 短期入所				
4、住居環境	<input type="checkbox"/> トイレが屋外 <input type="checkbox"/> 風呂が屋外 <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 廊下幅狭い <input type="checkbox"/> 寒暖 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
5、現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅				
	<input type="checkbox"/> 病院（ <input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 療養）	病院名（ ）	入院時期	年	月頃
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	施設名等（ ）	入所時期	年	月頃
在宅生活 困難理由					
医療的処置 の状況	現病名や既往歴				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴			
参 考 事 項	居宅介護支援事業所名		担当ケアマネージャー		
	他の施設 への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる	<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み
		※既に申込んでいる施設名：			

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。
 注) 記載内容が変更になった場合は、施設までご連絡下さい。連絡がない場合は、検討されないことがあります。
 注) 申込者等の都合により利用を見合わせ再申込を希望される場合は減点となりますのでご了承下さい。