

三朝温泉三喜苑介護老人福祉施設 入所申込書兼台帳

申込者氏名	フリガナ:	施設 記 入 欄	申込日	令和 年 月 日	
	氏名:		受付日	令和 年 月 日	
	〒		続柄	受付番号	
	住所:		担当者名		
	電話番号:		法人名	福生会	
	携帯番号:		入所申込施設名	三朝温泉 三喜苑	

今後、連絡等は申込者の方に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	1・2・3・4・5		
	要介護認定期間	令和 年 月 日から	変更申請日			
		令和 年 月 日まで	変更申請理由			
	自宅住所	〒	電話番号			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院入所中				
	同居者(自宅のみ)	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 夫又は妻 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 同居なし				
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院等の名称		住所	〒	
		入所・入院期間	令和 年 月 日から (年 ヶ月)	電話番号		
	入所申込理由	(該当にチェック複数可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為			
			<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難な為			
			<input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為			
<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出来ない為						
<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出来ない為						
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為						
<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為						
※要介護度が1、2の方のみ記入	<input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為					
	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。					
	本人の入所意向					
	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせてない <input type="checkbox"/> 理解困難					

標準様式1 (2/2)

本 人 の 状 況	担当ケアマネジャー名	居宅介護支援事業者名	電話番号
	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()	
		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 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (箇所)		
	すでに申し込んでいる他の施設名		
	今後申し込む予定の施設名		
	待機期間(最初の入所申し込みからの経過年月) 年 月		
主 た る 介 護 者 の 状 況	フリガナ 介護者名	住 所	
	続柄 () 年齢 ()	電話番号	
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし		
意見等(現在の介護で困っている事等)			
説 明 確 認	入所申込に際し、入所申し込みから入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について、施設から、説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名 続柄()		
同 意 書	今後、指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者市町村に報告する事に同意します。 令和 年 月 日 氏名		