特別養護老人ホーム入所申込書 口新規 口変更

特別養護老人ホーム

「ますだ」ハイツ 施設長 様

くしろ宝寿苑 施設長 様

- *1 該当するものを〇で囲んで下さい。
- *2 □欄は該当する箇所へ回して下さい。

* 2 [コ欄は該当する	箇所へ☑して下さい。	申込日	令和	年	月	日
	フリガナ		性別	口男	口女		年齢
利	氏 名		生年月日	мтѕ	年 月	日	
利用者	現住所	⊩	電話番号	()		
	介護保険者	□益田市 □津和野町 □吉賀町 □その他()		
	介護保険被係	· 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課 課	年月	日~	年	月	B
	フリガナ		性別	口男	口女		年齢
	氏 名	印 続柄()	生年月日	мтѕ	年 月	日	
申込者	現住所	Ŧ	電話番号	()		
	連絡先	Ŧ	電話番号	()		
	入.	計申し込みについて本人への説明の有無		口有	無		

本人の状況

一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一一	1 2 3 4	5	#± =□ ⟨二 乗₁	自傷行為 夜間せん妄 不穏興奮 ス	大声	奇声	
要介護度	1 2 3 4	5	特記行動	徘徊 攻撃行為 弄火 その他()	
家族状況	□自宅で一人暮らし □自宅で一人暮らしだが □介護者はいるが □高 □その他(※家族(同居の 2 親等以 ・同居の家族について、 ・同居家族のない方は近	内の親悪面に	病気 口就)詳細は裏 族) :記入願いま	対で介護が難しい 病気:介護がで 程度の何 面へ記入して下さい 就労:週 40 時間 です。	きなし 傷病		
医療状況	□経管栄養 □胃瘻 □ 現在治療中の病名 かかりつけ医 医療機関 □現在医療機関に入院中・病院名 ・所在地 ・入院の経緯と今後の見き	関名: 中である 込み	5	主治医: 口入院していない ・入院日 昭和 平成 令和 年	月	日	
入所状況	□他の介護保険施設なと ・施設名	ごに入見	斤中である	□入所していない ・入所日 昭和 平成 令和 年	月	日	

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(ご家族)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。	
要件 (要介護 1 又は	
次付数 対頻繁に見られる 知的障害・精神障害等を伴い、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 田難さ等が頻繁に見られる 国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 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日間 日	
□ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の	
要介護 2	
の方 はご記入 下さい)	
はご記入 下さい)	
下さい	
できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の提供が不十分である	
# 本田市	
申込状況	
申込状況 津和野町 □とびのこ苑 □みろく苑 その他 () 所望室 □個室() □多床室() □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
吉賀町 □とびのこ苑 □みろく苑 その他 () 希望室 □個室() □多床室() 護保険利用状況 担当ケアマネージャーの有無 □有 □無 氏名 事業所名 居宅介護支援事業所 事業所電話番号 () ※ 介護の必要性 在宅サービスの過去3ヶ月の利用状況 □8割以上 □4割以上 □2割以上 □2割未満 設定がい老人の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 認知症老人の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIa □IIb □III □IV □M 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人) 並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 日	
接保険利用状況 担当ケアマネージャーの有無	
護保険利用状況 担当ケアマネージャーの有無 □有 □無 氏名 事業所名 居宅介護支援事業所 事業所電話番号 () ※ 	
担当ケアマネージャーの有無	
事業所名 居宅介護支援事業所 事業所電話番号 () ※ か護の必要性 在宅サービスの過去3ヶ月の利用状況 □8割以上 □4割以上 □2割以上 □2割以上 □2割未満 設 がい老人の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 認知症老人の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IIV □M 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人) 並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 □	
事業所電話番号 () ※ 介護の必要性 在宅サービスの過去 3ヶ月の利用状況 □8割以上 □6割以上 □4割以上 □2割以上 □2割未満 設 障がい老人の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 記知症老人の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IIV □M 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人)並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 日	
※ 介護の必要性 在宅サービスの過去 3ヶ月の利用状況	
施	
施	
記 常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 入 認知症老人の日 常生活自立度 □自立 □I □Ia □Ib □IIa □IIb □III □IV □M 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人)並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。令和 年 月 日	
入 認知症老人の日 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIb □III □II □II □II □III □I	
欄 常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IIV □M □ 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人) 並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 日	
欄 常生活目立度 私は、施設入居申し込みにあたり個人情報保護法の基本理念に基づき、施設入居申し込み者(本人) 並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 日	
並びにその家族等の情報を収集、利用されることに同意いたします。 令和 年 月 日	
令和 年 月 日	
同意者氏名	
店中し込の埋田をこむ人 rev	
古中じ込み埋出をこむ人下さい。 	
居申し込み理由をご記入下さい	