特別養護老人ホーム ジョイトピアおおさ 入所申込書

特別養護老人ホーム ジョイトピアおおさに入所したいので、次のとおり申し込みます。 施設入所の円滑化に資するため、入所判定及び入所申込者の状況把握に必要な範囲に限り、行政機関等に対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また行政機

同意欄 関・担当ケアマネジャー等から、入所判定に必要な個人情報の提供を受けることに同意します。							
申請者	絡	名前 電話 () 携帯 () 入所申込者との関係					
	フリガナ	性別保険者					
	名 前	印 男・女 被保険者番号					
入	生年月日	年月日 要介護状態区分 要介護(1・2・3・4・5)					
	住 所	〒一要介護認定年月日から有効期間年月日まで					
所		□自宅で一人で暮らしている □自宅で家族と暮らしている					
	.115 200	□老健などの施設や病院に入っている(入所,入院中の方は次の項目にご記入ください)					
申	状 況	(※施設名又は病院名: ※所在地:					
干		※入所又は入院時期: 年 月頃から					
27	住環境	□車いすを使用しているが,住居の廊下等の構造が適していないため,介護が困難 □住居の便所,浴室,階段等の形態や構造が適していないため,介護が困難					
込	工來免	□その他(
- 1-2	<u>「要介護1又は2の入所申込者のみ記入」</u> ※在宅生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障がい・精神障がい等,単身世帯・同居家族						
者	特例入所	により、在宅生活が困難な状態であることがわかるように)					
	の理由						
0)							
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
状	^犬 入所希望時期 □ できるだけ早く入所したい						
□将来的に入所したい □経管栄養 □胃ろう □中心静脈栄養(IVH) □インシュリン注射 □じょく瘡(床							
況	医療の状況	□在宅酸素 □バルーンカテーテル □人工肛門 □人工膀胱 □その他()					
	□当該施設のみの申込み 特養申込状況 □他の施設にも申込みをしている (申込み予定を含む)						
	TO REPORT	施設名:					
主	フリガナ	性別本人からみた続柄					
介護	名 前	男・女 生 年 月 日 年 月 日					
者	同居有無	□同居 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) □その他()					
そ	名前	年齢 □同居 □同居 □別居 (□同一市内 □県内市外 □県外) との関係					
\mathcal{O}	名前	在⇔□□同居□□□□居□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
他の	名前	□同居 □同居 入所申込者					
介護		□同居 □同居 ○□同居 ○□同居					
護者	名前	「中断」 □別居(□同一市内 □県内市外 □県外) との関係 □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
13	名前	年齢					

介護								
者	□介護者が要支援状態・高齢・病気等で十分な介護が困難							
\mathcal{O}	□介護者が要介護状態・障がいを有する等で十分な介護が困難							
状	□介護者が長期入院中で介護が困難							
況								
	【自由記述】							
	[※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族等による介護が困難な状況等を具体的に記載)]							
入								
所								
\mathcal{O}								
必								
要性								
•	家族	 関係図						
家族		为外凸						
族								
関係								
図								
備	i _{担当ケア} □いる ※事業所名 ():	名前()				
考	マネジャー 口いない □不明							
T +/-	#E-11-21 ## 1	左	П	——————————————————————————————————————				
加	施設記入欄】 受付日	年	月	目				

お願い

入所申込者の要介護度や住所の変更等,入所申込書に記載した事項等に変更があった場合,入所申込者がお亡くなりになられた場合,他の介護老人福祉施設等に入所された場合は,必ず当施設に連絡してください。

連絡をいただけない場合は、入所決定を行えないことがあります。