

ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設入居申込書

施設名

つつじの家 管理者 様

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日	年	月	日
受付者	年	月	日

入居希望者	ふりがな		性	男	生年月日
	氏名		別	女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
	住所	〒 - (TEL) (FAX)			
	被保険者番号				要介護度
	保険者番号				1 2 3 4 5
	要介護認定年月日	年 月 日			認定の有効期間
	認定審査会の意見等	年 月 日 ~ 年 月 日			

※上記は、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 - (TEL) (FAX)	
	ふりがな		入居希望者との続柄
氏名			
連絡先	住所	〒 - (TEL) (FAX)	
	ふりがな		入居希望者との続柄
氏名			

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定 () () () ()
------	---

同意欄	福井県又は鯖江市から求められた場合や福井県又は鯖江市に報告する必要がある場合には、これを提出することに同意します。 <div style="text-align: right;">本人との続柄</div> 令和 年 月 日 氏名 印 ()
-----	---

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2 直近のサービス利用表及び別表 (写) ……現在、在宅でお過ごしの方のみ提出して下さい。

入居希望者の状況等

生活歴			
職歴			
健康保険	(種別・記号番号)		
年金等	種別	支給年額	万円
その他	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 重度心身医療受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護支給 <input type="checkbox"/> 身体障害手等 (級・種別)		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入居又は入院した時期 (昭和・平成・令和 年 月から)		
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入居を希望する理由 (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所 (退院) を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()		
主治医	医師名	医療機関名	
既往歴	発症時期	病名	治療を受けた医療機関名
	年 月 頃		
	年 月 頃		
	年 月 頃		
医療に関する状況	(現在治療中の病気)		
	(特別な医療的対応)		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()		
(その他健康状態に関する特記事項)			

認知症等による 行動障害 (行動障害の起き る頻度にもレ印を 付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし				
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 暴力行為
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 被害妄想	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日	<input type="checkbox"/> 週3～4回程度	<input type="checkbox"/> 週1～2回程度	<input type="checkbox"/> 月数回程度	
介護に 関する 状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない

主たる介護者の状況

介護者の 状況	ふりがな		性	男	生年	明・大・昭・平	続	
	氏 名		別	女	月 日	年 月 日	柄	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)						
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 持病・慢性疾患等で定期的に通院中・病名 ()						
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 無						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 無						
介護協力者の有 無	他に 対応 を 要 する 家 族 の 有 無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子どもの年齢 歳)						
		<input type="checkbox"/> 3か月以上看病 (付添) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中)						
		<input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援・要介護 1 2 3 4 5)						
		<input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (級・種類:)						
	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる							
	<input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる							
	<input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる							
	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない							

同居の家族 (※入所希望者本人については記入不要です。)

氏名		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	
氏名		生年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	続柄	
				就労状況	

