

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入居申込書

申込日 令和 1 年 6 月 1 日

特別養護老人ホーム はなみずき 施設長 様

申込者
ご本人
家族
代理人

住所	〒020-0835 盛岡市津志田26-30-1	
ふりがな	つしだ はな	本人との続柄
氏名	津志田 花	長女
電話番号	019(000)0000	

次の者が貴施設に入居したいので申し込みます。

ふりがな	つしだ はつ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	88歳
ご本人の氏名	津志田 ハツ		生年月日	昭和 2年 2月 2日		
本人の現住所	〒020-0835 盛岡市津志田26-30-1		電話番号	019(631)177		
郵便等の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒			
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者	盛岡市		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 ※ 市町村への照会: 年 月 日 結果: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				
		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	平成 29 年 11 月 1 日 ~ 31 年 10 月 30 日				
介護者の状況	ふりがな	つしだ いちろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	長男
	氏名	津志田 一郎	生年月日	昭和30年1月1日	年齢	〇〇歳
	居住状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)				
	疾病	<input checked="" type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度 脳梗塞後遺症 右手に麻痺有) <input type="checkbox"/> なし				
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(□常勤 □パート等) <input type="checkbox"/> その他()				
		<input checked="" type="checkbox"/> 働いていない(□介護に専念 □高齢 <input checked="" type="checkbox"/> 健康不安 □その他()				
複数介護	<input checked="" type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: 長男の妻も病弱) <input type="checkbox"/> なし					
指定居宅介護サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <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"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所					
	上記サービスの週当たりの利用日数	<input type="checkbox"/> 1~2日 <input checked="" type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日				
住居環境	住居形態	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建住宅(□平屋□2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)	段差が多く、廊下が狭いため車椅子が使用できない。			
退院・退所後の在宅生活	病院名施設名	はなみずき総合病院		入院等の時期(平成30年 5月頃)		
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input checked="" type="checkbox"/> 退院(所)したい(□病気が治った <input checked="" type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活困難理由	介護者とその妻に病気があり金銭的に負担が大きい。そのため、退院し施設に入所してほしい				
特筆すべき事項(特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している		<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している		<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない	
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である		<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる		<input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生	
医療的処置の状況	現病名や既往歴	平成29年 転倒により右大腿骨骨折 昭和40年から高血圧治療中				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <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 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()				
参考事項	指定居宅介護支援事業所名	はなみずきケアプランセンター		担当ケアマネジャー	花 みずき	
	他施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <input checked="" 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む		
		※ 既に申込んでいる施設名 川久保苑				
	入居時期の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 今すぐにも入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入居したい				
健康保険種別	後期高齢		年金種別	国民年金		

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。