

特別養護老人ホームかけがわ苑 入所申込書

令和 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

| | |
|-------|----------|
| 初回申込日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

1 入所申込者の状況

| | | | | | | | | |
|---------------|--|-------------|------------|------------------|-------|------------|-----|----------------|
| (フリガナ) 氏名 | | | 性別 | 生年月日 | | | | |
| | | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 (歳) | | | | |
| 住所 | 〒 (-) | | | | | | | TEL |
| 介護保険 | 保険者名 | 市(区) 町・村 | 被保険者番号 | | | | | |
| 要介護度 | 申請中 | 要介護度1 | 要介護度2 | 要介護度3 | 要介護度4 | 要介護度5 | | |
| 入所を希望する時期 | 1. すぐにでも入所したい | | | 2. 6か月以内には入所したい | | | | |
| | 3. 将来的には入所をしたい | | | | | | | |
| 居室環境 | 1. 個室希望 | | | 2. 大部屋希望 | | 3. どちらでも良い | | |
| 認知症の状況 | 有・無 | | 認知症日常生活自立度 | 自立 | I | IIa | IIb | IIIa IIIb IV M |
| 認知症の具体的症状 | | | | | | | | |
| 知的障害、精神障害等の状況 | *手帳交付の有無、障害の等級等を記載してください。(有・無) | | | | | | | |
| 居宅サービスの利用状況 | *利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。 | | | | | | | |
| 現在の状況 | 1. 自宅で生活 | | | | | | | |
| | 2. 介護保険施設等(住宅型有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、病院等を含む)に入所 退所予定の有無 有・無 (有の場合は、退所予定時期) | | | | | | | |

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

| | | | | | | |
|--------------|---------|---|---|----|-----|-----|
| (フリガナ) 氏名 | 年月日 | 年 | 月 | 続柄 | 介護者 | 就労 |
| | | | | | | 有・無 |
| 住所 | 〒 (-) | | | | | |
| | TEL | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---------|---|---|----|-----|-----|
| (フリガナ) 氏名 | 年月日 | 年 | 月 | 続柄 | 介護者 | 就労 |
| | | | | | | 有・無 |
| 住所 | 〒 (-) | | | | | |
| | TEL | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---------|---|---|----|-----|-----|
| (フリガナ) 氏名 | 年月日 | 年 | 月 | 続柄 | 介護者 | 就労 |
| | | | | | | 有・無 |
| 住所 | 〒 (-) | | | | | |
| | TEL | | | | | |

(裏面も記入してください。)

*入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。

申込書の有効期限は申込日から2年です

