

提出日 令和 年 月 日

特別養護老人ホームたかね荘
特別養護老人ホームたかね荘こやうら 入所申込書

施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

同意欄	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、当該施設が広島県・保険者市町・担当ケアマネジャーなどに対し、入所申込書及び添付書類に記載の個人情報を提供し、また広島県・保険者市町・担当ケアマネジャーなどが、当該施設に対して、入所判定に必要な個人情報を提供することに同意します。
	令和 年 月 日 氏名 (印)

入所希望施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームたかね荘 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームたかね荘こやうら(坂町の方のみ) <input type="checkbox"/> どちらの施設でもよい(坂町の方のみ)
--------	---

申請者	氏名		電話	()
			携帯	()
	住所	〒 -		続柄

入所申込者の状況	フリガナ		性別	
	氏名		印 男・女	
	保険者		介護保険被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護区分	要介護(1・2・3・4・5)
	現住所	〒 -	要介護認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている(入所、入院中の方は下記項目にご記入ください) ※施設名または病院名: ※所在地: ※入所又は入院時期:令和 年 月頃から		
	住環境	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下などの構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段などの形態や構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()		
	特例入所の理由	[要介護1又は2の入所申込者のみ記入] ※施設以外での生活が著しく困難な理由を記載(認知症・知的障害・精神障害など、単身世帯・同居家族が高齢などにより、施設以外では生活が困難な状態であることがわかるように)		
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃(まで・以降)に入所したい		

入 所 申 込 者 の 状 況	医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など _____ 受診している医療機関 _____ 【特記事項】既往歴など
	認知症の 症状	<input type="checkbox"/> 認知症の症状なし <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。
	特養申 請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している(申請している施設名:)

介 護 者 の 状 況	主 介 護 者	フリガナ		性 別	続 柄	
		氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
		同居有 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()			
	そ の 他 の 介 護 者	フリガナ		性 別	続 柄	
		氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
		同居有 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()			
	フリガナ		性 別	続 柄		
	氏 名		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	同居有 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外) <input type="checkbox"/> その他()				

入 所 の 必 要 性	【自由記述】 [※本人の在宅生活が困難な理由(本人の状況や、家族などによる介護が困難な状況などを具体的に記載)]
	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
備 考	担当ケア マネジャー <input type="checkbox"/> いる ※事業所名()名前() <input type="checkbox"/> いない

【施設記入欄】
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>