

地域密着型特別養護老人ホーム BASARA 入居申込書

施設長 殿

入居を希望するので、下記の通り申込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付番号		受付者		

申込者連絡先	ふりがな		住所	〒	-
	氏名				
	続柄		電話番号	()

本人の状況	ふりがな		性別		介護保険 保険者番号	大分市	4	4	2	0	1	2		
	氏名		男・女		介護保険 被保険者番号									
	生年月日	明大昭	年	月	日	(歳)	要介護度	未申請・1・2・3・4・5					
	住所	〒			-	要介護認定 有効期間	平成・令和	年	月	日	から			
							平成・令和	年	月	日	まで			
	電話番号	()	-	負担段階	未申請・1・2・3・4						
								負担割合	1割	2割	3割			
	現在の所在	<input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入居中												
	自宅以外に居住している場合	病院・施設名				住所	〒							
		入所又は入院期間	平成・令和	年	月	から	電話番号	()
	居宅支援事業者	事業者名				住所	〒							
		担当者名				電話番号	()
	居宅サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 有(下記サービス利用状況に記入してください) <input type="checkbox"/> 無												
	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月	<input type="checkbox"/> ショートステイ	回/月							
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ		回/月	<input type="checkbox"/> 通所介護	回/月	<input type="checkbox"/> 短期療養介護	回/月								
<input type="checkbox"/> 訪問看護		回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	回/月	<input type="checkbox"/> 福祉用具	品目								
医療の状況	現在の主治医(病院名: _____ / 担当医名: _____)													
	現在治療中の病気・既往歴(_____)													
	身体障害者手帳の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 種 _____ 級: 病名 _____)													
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門処置 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他(_____)													
特記事項														
行動障害の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし(下記の「問題行動の状況」項目に1つもあてはまるものがない場合)													
	※下記の該当数字に○をつけて下さい。 1. ほぼ毎日 2. 週に2~3回程度 3. 月に数回													
	<input type="checkbox"/> 徘徊	1・2・3	<input type="checkbox"/> 暴力行為	1・2・3	<input type="checkbox"/> 被害妄想	1・2・3								
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	1・2・3	<input type="checkbox"/> 自傷行為	1・2・3	<input type="checkbox"/> 異食行動	1・2・3								
<input type="checkbox"/> 不潔行為	1・2・3	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	1・2・3											
<input type="checkbox"/> その他(_____)														
特記事項														

本人の状況	入居申込理由	<input type="checkbox"/> 在宅介護に不安 <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に居住している。または長期入院中で十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分給付額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()					
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期入居希望(1か月以内) <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内入居希望 <input type="checkbox"/> 将来的に入居希望					
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 特養・老健・療養型・病院等、他施設にも申込をしている(予定も含む) ・すでに申込している他の施設名() () () ・今後申込み予定の施設名 () () () ・特養待機期間(他施設も含む) 年 月					
主たる介護者の状況	ふりがな		性別	男・女	住所	〒 -	
	氏名						
	続柄		年齢	歳	電話番号	() -	
	意見等(現状の介護で困っていることなど)						
同意欄	今後、入居申込者の状況について、保険者である市町村及び担当ケアマネージャーやその他サービス提供事業者等に照会する事に同意致します。 申込者氏名 (印)						