

受付番号

年 月 日

特別養護老人ホーム サンヴェール尾張旭 入居待機申込書

特別養護老人ホーム サンヴェール尾張旭 施設長 殿

私は、特別養護老人ホームサンヴェール尾張旭への入居を希望しますので、ここに申し込みをいたします。
また入居待機中、貴施設以外の施設に入居決定の場合や要介護度、連絡先、介護状況の変更があった場合は速やかに貴施設に連絡をいたします。

入居希望者本人	ふりがな		性別	生年月日			年齢
	氏名	様	男・女	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	〒					
							TEL() -

申し込み記入者	ふりがな		性別	続柄	年齢	連絡先	
	氏名	様	男・女			自宅	
	住所	〒				携帯電話	
							その他 勤務先等

家族構成	氏名	年齢	続柄	住まい	在住市町村
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

<ご本人様の現在のご様子をご記入願います>

認定状況	保険者	被保険者番号								
	要介護度	1	2	3	4	5				
	認定有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	介護保険負担割合	1割		2割	3割					
介護保険負担限度額認定証	有・無	段階	<input type="checkbox"/> 1段階	<input type="checkbox"/> 2段階	<input type="checkbox"/> 3段階①	<input type="checkbox"/> 3段階②				

※上記、介護保険証等から転記してください。また、介護保険証の写しを添付してお申込み下さい。

現在の状況	<input type="checkbox"/> ご自宅在住 (<input type="checkbox"/> ご家族と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> お一人暮らし)		
	※介護保険ご利用状況		
	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア利用	(事業所名:)	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 日程度)
	<input type="checkbox"/> ショートステイを利用中	(事業所名:)	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 日程度)
	<input type="checkbox"/> 訪問看護を利用中	(事業所名:)	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 日程度)
	<input type="checkbox"/> 訪問介護を利用中	(事業所名:)	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 日程度)
<input type="checkbox"/> その他	(のサービスを、 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月に <input type="checkbox"/> 日程度)		
	担当居宅介護支援事業所	介護支援専門員氏名	
<input type="checkbox"/> 施設へ入居中			
<input type="checkbox"/> 老人保健施設	(施設名)		
<input type="checkbox"/> 老人福祉施設	(施設名)		
<input type="checkbox"/> グループホーム	(施設名)		
<input type="checkbox"/> その他	(施設名)		
<input type="checkbox"/> 病院に入院中			
入院先	入院年月日 年 月 日から		
病名			

裏面もご記入願います

生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()			
	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			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (尿意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 【オムツ・パット使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ロリハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他)】			
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> その他()			
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他()			
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	理解力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> わかりにくい <input type="checkbox"/> わからない	
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日常生活自立度: I・II・IIIa・IIIb・IV・M)			
周辺症状	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転(頻度) <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴・妄想(頻度) <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 帰宅願望が強い <input type="checkbox"/> 介護抵抗(詳細) <input type="checkbox"/> オムツはずし(頻度) <input type="checkbox"/> お金や物への執着が強い <input type="checkbox"/> その他()				
健康状態	現疾患				
	病歴				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()			
希望事項	申込理由	<p>(該当するものすべてに☑印を記入して下さい。)</p> <input type="checkbox"/> 1. 施設入居により、本人・介護者ともに安心した生活を送りたい。 <input type="checkbox"/> 2. 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等の日常生活全般に介助が必要なため。 <input type="checkbox"/> 3. 認知症などにより、常時の見守り、介護が必要なため。 <input type="checkbox"/> 4. 施設や病院から退所を求められているが、自宅での生活が困難なため。 <input type="checkbox"/> 5. 介護者がいない、もしくは介護者が入院等で介護ができないため。 <input type="checkbox"/> 6. 介護者が高齢・失病等の身体的理由・育児・就労・別居等で介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 7. 利用したい在宅サービスが十分ではない。(夜間の訪問介護等) <input type="checkbox"/> 8. その他の理由(具体的に記入してください。)			
		<p>※ 要介護1・2の方は、以下項目についても該当するもの全てに☑印を記入して下さい。</p> <input type="checkbox"/> 9. 認知症、知的障害・精神障害等により、日常生活に支障を来すような症状・行動や、意思疎通の困難さ等が頻繁に見られるため、居宅において日常生活を営むことが困難なため。 <input type="checkbox"/> 10. 家族等による深刻な虐待があるなど心身の安全・安心の確保が困難なため。 <input type="checkbox"/> 11. その他、居宅において日常生活を営むことが困難な理由があるため。(具体的に記入してください。)			

同意及び説明確認欄

- ・入居希望者、介護者を円滑に支援するために、市町村・ケアマネジャー等に、この申込内容を情報提供することがあります。
- ・入居申込で記入いただいた情報について、入居に関わる業務に使用します。
- ・入居申込から入居までの手続き、及び入居決定方法について施設から説明を受けました。以上について、確認・同意をしました。

令和 年 月 日
入居申込者または申込代理人 氏名

[事務処理欄]

申込日: 令和 年 月 日	受付日: 令和 年 月 日	受付方法: 来所・郵便
受付者:	備考欄:	