

特別養護老人ホーム いいつか 入所申込書

処理：
申込み：

確	認	日					担当者			職	種
入所申込者	フリガナ					生年月日			性別		
	氏名							(歳)			
	住所					電話番号					
	介護認定：有 無 更新中	被保険者番号：		介護度：		期間： ~					
認知症の問題行動	ほとんど毎日 週に1-2回程度 なし		身障手帳・原爆手帳		有・無 ()						
の介護サービス利用状況等	現在の住居	自宅 病院 介護施設 その他		年 月 頃		施設名【		】			
	居宅介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 単位 <input type="checkbox"/> 訪問看護 単位 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 単位		<input type="checkbox"/> 通所介護 単位 <input type="checkbox"/> 通所リハ 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 単位 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 単位		合計		- 単位 ÷ 25848 × 10 - 割			
	介護者等の状況	家族構成	独居 単身者世帯 高齢者世帯 以外	介護者1	フリガナ	続柄	年齢	住所			
	介護者の障害・疾病	介護困難	多少困難	介護可能	複数介護・育児・就労	有・無	他の介護協力	常時あり 随時あり ほとんどなし			
特記事項	長期にわたる介護	有・無	理由：								
	施設等からの退所	有・無	理由：								
	介護への姿勢	有・無	理由：								
	住環境問題	有・無	理由：								
	居宅介護サービス利用状況	有・無	理由：								
	特に考慮すべき認知症	有・無	理由：								
	在宅における医療的処置	有・無	理由：								
その他	有・無	理由：									
の疾患状況等											
家族・申込者	フリガナ					入所申込者からみた続柄					
	氏名					住所			電話番号		
居宅支援事業所	事業所名					事業所番号					
	住所					電話番号					
	フリガナ					備考					
施設申込状況	施設名 1					申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)					
	施設名 2					申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)					
	施設名 3					申込 予定・済 (申込時期 年 月 頃)					
【説明確認及び同意書】											
次の事項について施設から説明を受けました。 ・入所申込から契約までの必要な手続き及び入所にあたっての注意事項についての説明。 ・入所申込者の入所優先順位決定法についての説明。 ・入所優先順位の見直しについての説明。 ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについての説明。 入所可能になったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所優先順位名簿から削除されることに同意します。 優先順位制度の適正な運営のため、この申込書及び調査票の内容を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。 上記に記入している申込済(予定)の特別養護老人ホーム間でこの申込書の内容及び調査票の内容を提供することに同意します。 平成 年 月 日											
						氏名		印 (続柄)			