

にこトピアいわで (特養・グループホーム) 入所申込書

令和 年 月 日申込み 受付方法(来所 FAX 訪問) 受付者

申込者氏名	(フリガナ)		⑩	続柄	
住所	〒				
電話	自宅	()		携帯電話	
	勤務先	()		名称	

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

入居希望者の状況	氏名	(フリガナ)		性別	男 ・ 女		
				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	現住所	〒 -		電話番号	()		
	介護保険	被保険者番号				<input type="checkbox"/> 申請中 月 / 日提出済	
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 区変中				
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで				
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割					
	健康保険	後期高齢者 ・ 国民健康保険				<input type="checkbox"/> その他	
	年金等	(種別)				受給年額	
		(種別)				受給年額	
	生活保護受給	あり ・ なし		重度心身医療受給	あり ・ なし		
	障害者手帳等	判定 _____ 級(度) 年 月 日					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らししている <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている(施設種別をチェックして名称、時期などをご記入ください) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()						
	施設名又は病院名() 入所又は入院の時期：平成/令和 年 月頃						
医療の状況	現在治療中の病気・既往歴						
家族構成	氏名	年齢	続柄	同・別	連絡先	家族構成 本人◎ 男性□ 女性○ ■●…死亡 ★キーパーソン	

入所希望者の状況	主治医	(フリガナ) 氏名	医療機関名			
	主たる介護者	(フリガナ) 氏名	性別	本人との関係		
		健康状態	良好 ・ 不良 ()	男 ・ 女	生年月日	
				明治・大正・昭和 年 月 日		
担当ケア マネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	(フリガナ) 氏名 事業所名	電話 ()			
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症(ひどい・軽い) <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動() <input type="checkbox"/> 視力に問題がある:(具体的に) <input type="checkbox"/> 聴力に問題がある:(具体的に) 歩行… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 食事… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> () 入浴… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ… <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し トイレ… <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
入所希望の時期及び理由	<input type="checkbox"/> 空床がでたらすぐに入所したい <input type="checkbox"/> 今すぐの入所は希望しない <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 他施設申込有 平成/令和 年 月 受付済 施設名() <input type="checkbox"/> その他()					
	※該当するものすべてに、シ印等を記入してください					
	特記事項(具体的な事情など)					
	_____ _____ _____					
説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、又、今後の高齢者対策の参考とする為、宮城県及び関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p>なお、入所申込み後に本人の死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要なくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>入所希望者名 _____ ⑩</p> <p>代理人氏名(続柄) _____ ⑩</p> <p>()</p>					