

特別養護老人ホーム「高浜けいあいの里」入所申込書

(表)

この枠内は施設記入

申込者（今後の郵便物・電話等の連絡先）

受取日	令和 年 月 日
申込完了日	令和 年 月 日
取消日	令和 年 月 日
取消理由	
受取担当者	生活相談員 合計

ふりがな	
氏名	
続柄	
住所	〒
電話番号	
携帯電話	

入所希望者について

ふりがな 氏名	(男・女)	保険者	<input type="checkbox"/> 高浜町 <input type="checkbox"/> おおい町 <input type="checkbox"/> 小浜市 <input type="checkbox"/> 舞鶴市 <input type="checkbox"/> その他 ()
		介護保険 被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	要介護度	1・2・3・4・5
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
電話番号		生活保護	有・無
ご本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解していない		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所院中		
	入所又は入院時期	H / R 年 月 日から	
	施設名・病院名		
	<input type="checkbox"/> 入所・入院先から退所・退院を求められている。 令和 年 月 日まで		
退院・退所後の 居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯		
	<input type="checkbox"/> 居住環境により生活・介護が出来ない為、家に戻ることは困難 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入所院予定 令和 年 月 日から		
医療の状況	治療中の病名	ふりがな 主治医氏名	
	投薬名	病院名	
	感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 病名 ()	
	経管栄養 (胃ろう・鼻腔・腸ろう) ・ 点滴 (一時・常時) ・ 中心静脈栄養 透析 ・ インシュリン注射 ・ 在宅酸素 ・ ペースメーカー ・ 気管カニューレ 褥そう (床ずれ) ・ 尿道カテーテル ・ 人工呼吸器 ・ 人工肛門 (ストーマ)		
認知症	診断	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	処方薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	症状	昼夜逆転 ・ 徘徊 ・ 暴言 ・ 暴行 ・ 異食 ・ その他 ()	
	アルツハイマー型 ・ レビー小体型 ・ 前頭側頭型 (ピック病) ・ 脳血管性 若年性 ・ 不明		

現在、病院・施設等に入院・入所されている方は、在宅に戻られた後の予定を、ご記入ください。

在宅 サービスの 利用状況	在宅サービス利用(過去も含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予定	当施設利用歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	事業所名	担当者 (介護支援専門員)		
	利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリステーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリステーション <input type="checkbox"/> その他		

※現在、在宅サービスを利用されている方は直近3ヶ月分の「サービス利用表と別表」のコピーを添付して下さい。

介護者について

主にご本人に関わる方 (介護する方)の状況	<input type="checkbox"/> 介護に関わっている(同居・別居)		<input type="checkbox"/> 介護は介護サービス事業者のみ				
	ふりがな		生年月日	大・昭・平	年	月	日
	氏名		続柄				
	住所	〒			電話番号		
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾病(病名) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 障害(級) <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 複数介護 <input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 就労中						
	関わる時間	<input type="checkbox"/> 1日(時間) <input type="checkbox"/> 1週間__日(時間) <input type="checkbox"/> 1月間・半年・1年間のうち__日 <input type="checkbox"/> 無					
	ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 良悪なく普通 <input type="checkbox"/> 時折困難 <input type="checkbox"/> 関わりが困難 <input type="checkbox"/> 最低限の関わりのみ					
	介護に関わる時間	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他(~ 時)					
介護に就くにあたって	<input type="checkbox"/> 身体的負担 <input type="checkbox"/> 精神的負担 <input type="checkbox"/> 金銭的負担 <input type="checkbox"/> その他()						
【お申し込みの動機】 ご本人、介護する方、ご家族の状況をご記入下さい。 (問題行動・健康状態・勤務形態・居住環境・介護で困っている事など)							
上記以外の【ご家族状況】	氏名	続柄	年齢	同別居	介護協力	関わり	居住地
その他援助者等				同・別	有・無	有・無	
				同・別	有・無	有・無	
				同・別	有・無	有・無	

入所を希望する人が要介護1又は2の場合には、特例入所の要件に該当する事由の有無について

特例入所の要件に該当する事由の有無	<input type="checkbox"/> 認知症であって、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 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、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 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられない
該当する事由の具体的な内容 (できるだけ詳しく記入して下さい)	

貴施設が

- この入所申込書に記入した内容を福井県や各市町村の行政機関または居宅事業所や他施設・医療機関等と情報共有することに同意します。
- 入所希望者の状況確認の為、必要に応じて入所・入院先へ訪問や問い合わせることに同意します。

令和 年 月 日 氏名 Ⓔ

介護保険被保険者証の写しを必ず添付して下さい。

当施設利用有無に関わらず、介護保険証の変更・更新の際は必ず新しい保険証の写しをお届け下さい。

※要介護認定有効期間終了後もお届けが無い場合には、申込みを取消します。

ご本人、申込者、介護者、ご家族の状況に変更があった場合には、長期入所相談員まで、ご連絡をお願い致します。

(ご住所・ご連絡先・介護度・居住環境・同別居者の変更。他施設長期入所。他界。)