

介護老人福祉施設 久下けやきハウス 入所申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人 ハイマート
 介護老人福祉施設 久下けやきハウス
 野本 昭子 施設長 様

次のとおり 久下けやきハウス への入居を申請します。

入所希望者本人の情報	氏名	ふりがな _____ (男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	歳	
	住所	(〒 -)					
	被保険者証	被保険者番号	保険者番号 (保険者名称)			()	負担割合
		認定有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	要介護度	負担限度額認定証
	現在の状況及び介護サービスの利用状況	現在の状況で、該当する番号1～3に○し、該当項目□へのチェックと記入をお願いします。					
1. 家庭	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週__回以上) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週__回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護・訪問リハビリテーション (週__回以上) <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション (週__回以上) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・短期療養介護 (前月・今月・来月の計3ヶ月の利用合計数__日) <input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	担当ケアマネ	氏名	ふりがな	事業所名			
		連絡先	TEL	FAX			
	※入所希望者本人の状況をより正確に把握するため、問い合わせる場合がございます。						
2. 病院入院中	病院名				TEL		
	傷病名・入院理由						
	(入院日：平成__年__月～)						
3. 施設入居中	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 (従来型・ユニット型) <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
	施設名				TEL		
申込理由	現在の状況で、該当する番号1～3に○し、該当する□へチェックをお願いします。						
	1. 家庭での生活が困難となったため。 <input type="checkbox"/> 段差など住居構造上、介護に支障がある <input type="checkbox"/> 入所希望者本人の (身体機能・認知機能) が低下したため <input type="checkbox"/> 介護者やご家族が介護困難となったため						
	2. 利用中の施設 (病院) より退所 (退院) の相談をされている。 <input type="checkbox"/> 入所 (入院) が長期となっている <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 心身状況の変化 <input type="checkbox"/> 治療の必要がない						
	3. 利用中の老健・病院等に入所・入院中で、退所・退院後も在宅生活が困難のため						
	4. その他 (_____)						
※具体的に記入をお願いします。							
生活歴	(出生地： _____) で、(____人) 兄弟の (____番目) として生まれ、(最終学歴： _____) 卒業後に						
	(_____) で働き、(T・S__年頃) に (_____) と結婚し、(____人) の子供を設けました。						
	その後は、						
認知症の状態	現在の状況で該当する□へチェックをお願いします。						
	<input type="checkbox"/> 新しいことが覚えられない <input type="checkbox"/> 入浴や着替えを嫌がる <input type="checkbox"/> 左記症状なし <input type="checkbox"/> 昔のことが思い出せない <input type="checkbox"/> うつ若しくは抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 季節が分からない <input type="checkbox"/> 食事を拒む <input type="checkbox"/> 段取や計画を立てることができない <input type="checkbox"/> 直前に食べた事を忘れて、何度も食事を要求する <input type="checkbox"/> 道具の使い方が分からない <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 物の名前が出てこない <input type="checkbox"/> 夜中に騒ぐ <input type="checkbox"/> 目を離すとすぐに外に出ていこうとする <input type="checkbox"/> 実際にないものが見えるという <input type="checkbox"/> 目的がなく歩き回る <input type="checkbox"/> 突然、声を荒げたり、手をあげたりする <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物も口に入れる <input type="checkbox"/> 財布や通帳を盗られたという						

(連絡窓) 申込者	氏名	ふりがな		続柄	連絡先	固定電話			
		(男・女)				携帯電話			
	住所	(〒 -)				FAX			
主介護者・従介護者などの状況	主介護者	氏名	ふりがな		続柄	大正 昭和 平成	年齢	居住地	
			(男・女)				生年月日	年 月 日	同居・別居
	状況	現在の状況で、該当するア～イに○し、該当する□へチェックと記入をお願いします。							
		ア. 主たる介護者が(□入院した、□入所した、□県外へ移転)							
		イ. 主たる介護者はいるが、(□要介護・□要支援・□高齢・□療養・□障害・□就労(パート・常勤)・□育児(人)・□他の家族の介護)							
ウ. 主たる介護者はいるが、上記以外の理由で困難である									
従介護者	氏名	ふりがな		続柄	年齢	居住地	介護の可能性		
		(男・女)				同居・別居	介護可能・多少介護可能・介護困難		
※主介護者や従介護者などの状況について具体的にご記入下さい。									
料金の支払い	入所した際、料金の支払いについて該当する番号に○し、詳細についてご記入ください。								
	1. 本人負担	種類				年額	円		※その他の収入 無・有 () 年額合計 円
		種類				年額	円		
		種類				年額	円		
	2. 保証人負担	氏名	ふりがな		続柄	年齢	勤務先	名称	
		(男・女)				電話			
	住所	(〒 -)			年収	円			
※申込者のわかる範囲で記入して下さい。医師や看護師等に記入を求めるものではありません。									
入所希望者本人の医療情報	情報提供者	□ 親族 □ その他 ()							
	医療的処置	該当する番号に○し、該当する項目の□へチェックをお願いします。 1. 無 2. 有 □ 経管栄養 □ 胃ろう □ 気管切開 □ 褥瘡 □ バルーンカテーテル留置 □ 膀胱ろう □ 酸素療法 □ 皮膚疾患 □ 常時吸引(昼__回、夜__回) □ ストマ □ 精神疾患 □ インシュリン注射 □ その他 ()							
	既往歴	※発症年月日や、入院歴がある場合入院期間などもご記入下さい。							
	内服薬								
	その他								
入所希望時期	入所を希望する時期についてあてはまる番号に○をお願いします。 1. 今すぐ入所したい 3. その他 2. 平成 年 月頃までには入所したい ()								
他施設への申込状況	施設名称	所在地			申込時期若しくは待機状況				
	1)								
	2)								
	3)								
説明確認	私は、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準などについて、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 印								