

特別養護老人ホーム利用申込書

申込者氏名 _____ 印 続柄 (_____)

住 所 _____

電話番号 _____

社会福祉法人大和桜井園に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所申込 ご本人	被保険者番号										
	フリガナ									性 別	
	氏 名									男 ・ 女	
	生 年 月 日	1、明治		2、大正		3、昭和				満年齢	歳
				年			月		日		
	認 定 結 果	要支援 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (申請中[申請日：平成 年 月 日])									
	認 定 有 効 期 間	平 成		年		月		日	から		
		平 成		年		月		日	まで		
住 所	〒 _____										
電 話 番 号	()					FAX番号		()			
緊急連絡先	住 所	〒 _____									
	氏 名										
	電 話 番 号	日 中	()					夜 間	()		

※裏面に現在の介護状況等についての設問がありますので、ご記入下さい。

 <施設記入欄>

受 付 日	受 付 者	結 果	結果通知日	結果通知先	そ の 他
平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 契 約 <input type="checkbox"/> 待 機 <input type="checkbox"/> 辞 退	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 申 込 者	

該当する番号に○印を

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	配偶者、子供 () その他 () 同居、別居 電話
申込書、ご記入の方の氏名と住所、電話番号			

この申込書の問い合わせ先	氏名
	電話

同居の方について	1. ひとり暮らし 2. ご夫婦のみ (相手の年齢 歳) 3. ご夫婦以外に同居者がいる	
主に介護している方について	介護する方は、 1. いる 2. いない 主に介護している方 1. 健康 2. 病弱 3. 病気で治療中 4. 障害がある 主に介護している方 1. 働いている 2. 働いていない	
	介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 1. いる 2. いない 手伝う方がいる場合、その方は、 1. 親族 2. 近所の方 3. その他 ()
お住まいについて	今のお住まいは、 1. 自宅 2. 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が 1. ある 2. ない 1. 立ち退きを求められている 2. 家屋の老朽化が著しい	
	介護する上での住宅の問題について	1. エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる 2. 自分の部屋がない 3. 自分の部屋と別の階にトイレや風呂がある
その他あてはまるもの	食事…1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 排泄…1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 歩行…1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 認知症の症状…1. あり 2. なし 1. 徘徊 2. 暴力行為 3. 不潔行為 4. 異食 5. 大声や奇声 6. その他の行為 (具体的に) 7. 医療器具を使っている (具体的に) 8. 病気がある (病名)	
	【入所申込みにあたり、ご意見を】	

現在、受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外での介護や治療 (居宅の方は未記入)	現在、いらっしゃる所は、 1. 病院 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. 養護老人ホーム 5. 軽費老人ホーム 6. ケアハウス 7. 有料老人ホーム 8. グループホーム 9. その他 () 施設の名称と所在地 電話 入院・入所開始日
	ケアプランは、 1. 作っている 2. 作っていない 相談できる介護支援専門員 (ケアマネージャー) は、 1. いる 2. いない 介護支援専門員の氏名 事業所名と電話番号
	在宅サービスは、 1. 使っている 2. 使っていない 今後の利用は、 1. 今のままでよい 2. もっと増やしたい サービスや使い方を改善したい (具体的に)

【注】

- ・この申し込みの対象者は、要介護1～5の方です。
- ・この申し込みをもって入所が決定したことにはなりません。
- ・定員に空きがない場合は、お待ちいただくこととなります。
- ・面接日が近づけば、当施設より電話連絡させていただきます。
- ・この申込書を提出後、住所、連絡先などが変わった場合、または、申し込みを取り消したい場合は必ずご連絡下さい。