

# 玉樹園 特別養護老人ホーム 入所申込書

平成 年 月 日

施設長 様

※施設記入欄

受付者

初回申込日	平成 年 月 日	⑩
-------	----------	---

## 1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏名			性別	生年月日	
			男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 (    —    )		TEL		
介護保険	保険者名	市(区) 町・村	被保険者番号		
要介護度	1. 要介護度1    2. 要介護度2    3. 要介護度3    4. 要介護度4    5. 要介護度5    6. その他				
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名 ) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設、病院名 )				
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい                                      2. 6か月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい				

## 家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏名			続柄
住所	〒 (    —    )		自宅 ☒ 携帯

## 2 家族の状況

	項 目
該当する	1. ひとり暮らし
項目1つ に○をつ けてくだ さい	2. 家族全員（未成年者を除く）が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
	3. 家族全員（未成年者を除く）が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
	4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
	5. 上記以外の状態で介護が困難

## 3 いずれかに○をつけて下さい

1. ユニット（個室）    2. 地域密着（多床室・4人部屋・保険者が三島市の方のみ）    3. 両方を希望
--

※ 裏面へもご記入ください

※入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、改めて申込みして下さい。

4 その他事項(家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。)

※ 現在利用されている介護サービスの有無 【要介護1・2の方について、概ね1週間のサービス利用日数】

1 有 通所サービス( ) 訪問看護 ( )  
訪問介護 ( ) ショートステイ ( )

2 無し

※ サービスを利用されている方、担当のケアマネージャーと連絡先をお願い致します。

担当ケアマネージャー

事業所名及び連絡先

※ 療育手帳・精神障害保健福祉手帳の有無 有 無

※ ご本人の在宅時の様子等(要介護1・2の方については特にお困りの点について詳細にご記入下さい)

玉澗園 特別養護老人ホーム 入所申込書

記入例

施設長 様

平成 年 月 日

年月日の記入  
をお忘れなく

※施設記入欄

受付者

初回申込日	平成 年 月 日	印
-------	----------	---

1 入所申込者の状況

(フリガナ) 氏 名	ギョウジ 太助 玉澗 太郎	性 別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒(〇〇〇-〇〇〇〇) 入所を希望される方のご住所		
	保険者名及び被保険者番号・介護度は必ずご記入下さい。		
介護保険	市(区) 町・村	被保険者番号	TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
要介護度	1. 要介護度1 2. 要介護度2 <input checked="" type="radio"/> 3. 要介護度3 4. 要介護度4 5. 要介護度5 6. その他		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 特別養護老人ホームに入所している (施設名 施設名をご記入下さい) 3. その他の施設、病院等に入所している (施設、病院名 施設・病院名をご記入下さい)		
入所を希望する時期	1. すぐにでも入所したい <input checked="" type="radio"/> 2. 6か月以内には入所したい 3. 当面は必要ないが、将来的には入所したい		

家族、身元引受人等の連絡先

(フリガナ) 氏 名	主たる介護者であるご家族のお名前	続 柄	例：長男の嫁
住 所	〒( - ) 主たる介護者であるご家族のご住所	自宅 携帯	〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

2 家族の状況

	項 目
該当する	1. ひとり暮らし
項目1つに○をつけてください	<input checked="" type="radio"/> 2. 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病気療養中又は障害を有するため、介護が困難
	3. 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態又は75歳以上であるため、介護が困難
	4. 同一世帯に要介護状態、病気療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難
	5. 上記以外の状態で介護が困難

3 いずれかに○をつけて下さい

<input checked="" type="radio"/> 1. ユニット(個室) 2. 地域密着(多床室・4人部屋・保険者が三島市の方のみ) 3. 両方を希望
---

※ 裏面へもご記入ください

※入所申込後に本人及び家族の状況に変化が生じた場合は、改めて申込みして下さい。

4 その他事項(家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。)

※ 現在利用されている介護サービスの有無 【要介護1・2の方について、概ね1週間のサービス利用日数】

① 有 通所サービス( 週2日 ) 訪問看護 ( )  
訪問介護 ( 週1日 ) ショートステイ ( 週3日 )

2 無し

※ サービスを利用されている方、担当のケアマネージャーと連絡先をお願い致します。

担当ケアマネージャー ○○○○ 事業所名及び連絡先 ○○○○及び○○○-○○○○

※ 療育手帳・精神障害保健福祉手帳の有無 有 (無)

※ ご本人の在宅時の様子等(要介護1・2の方については特にお困りの点について詳細にご記入下さい)

例:現在、老健○○施設に入所中ですが、○月までに退所するようと言われていました。  
認知症があり、徘徊や介護拒否が頻繁にあると言われていました。

例:歩行は、出来ずいつも車椅子を使用しています。  
食事は自立していて箸を使って食べます。娘が介護していましたが血压等が高くなり  
病院受診を週2回通っています。

※ご本人の状態が解ればより詳しくお書き下さい。特に歩行・食事・入浴・排泄等  
又趣味や興味をお持ちになっているものがあればお書き下さい。

※ご本人以外のことで介護に関し困っていることがあればお書き下さい。

※入所の順番が近づきますとご本人に関する情報の収集や面接調査  
等についてご連絡させていただきます。