

特別養護老人ホーム錦江園入所申込書

入所を希望する者	フリガナ		保険者名					
	氏名		被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	性別 (男・女)					
	現住所	(郵便番号 -)	電話番号 (- -)					
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <認定有効期間> 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請)							
	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要支援の認定を受けている							
	世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる					
	入所を希望する理由	<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"/> 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"/> その他 ()						
該当するものはすべて選んでください。								
日本赤十字社鹿児島県支部 特別養護老人ホーム錦江園 施設長 梶井 修一 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。 平成 年 月 日 (申込者) 住所 _____ 氏名 _____ 印 (続柄) _____								

提出者 (連絡先)

氏名：	続柄：	電話番号：
〒： -		
住所：		

※太ワクの中をすべて記入してください（不明な点は、施設にご相談ください）

※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

家 族 構 成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
				同居 ・ 別居			
主 た る 介 護 者	フリガナ		年齢	本人との関係	備考		
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 <small>〔具体的に〕</small> <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人 } の看病等があり、介護困難な状態である <small>〔具体的に〕</small> <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である <small>〔具体的に〕</small> <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している (期間：約 年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)					
	意見	[食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど]					

◎入所希望者の状況

入所希望者の状況	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている (・施設名又は医療機関名： _____) (・所在地： _____) (・電話番号： _____ - _____ ・FAX： _____ - _____) (・入所又は入院時期：平成 _____ 年 _____ 月から入所(入院)している。) (・施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない))
	<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した (・入所していた施設名： _____) (・所在地： _____) (・電話番号： _____ - _____ ・FAX： _____ - _____) (・退所した時期：平成 _____ 年 _____ 月退所)	
	<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている (・居宅介護支援事業所 事業所名： _____) (住所： _____) (電話番号： _____ - _____) (・ケアマネジャー 氏名： _____)	
	その他、居宅サービス等が十分に受けられない理由など特にありましたらお書きください。 (_____)	
	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)	
住宅の状況	<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが介護に適さず、住宅改修も困難である (理由)	
	その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 (_____)	
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない	
	<input type="checkbox"/> 認知症の症状がある (具体的な症状を詳しく書いてください) (_____)	

