

特別養護老人ホーム大平園 利用 申 込 書

申込日 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム大平園 様

申請者	氏名	印	続柄
	住所	電話 () -	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

利用者氏名	フリガナ	生年月日	M・T・S 年 月 日		
		性別	男・女	年齢	満 歳
住所	〒 電話 () -				
介護保険被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
申請理由 (利用者の状況と家庭介護の状況)					
医療保険	後期高齢 ・ 健保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保				
身障者手帳	有 ・ 無 < >種 < >級 障害名< >				
経済状況	本人の収入 有 ・ 無 老齢 (国・厚) 障害 (国・厚) 福祉 他 ()				
現況	1. 自宅 (主介護者:) 2. 入院中 (病院:) 3. 施設入所中 (施設:) 4. その他 ()				
利用中のサービス	ショートステイ・デイサービス・デイケア・訪問介護 その他 ()				
身元引受人	氏名		続柄		
	住所	〒 電話 () -			
	勤務先	電話 () -			
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入所したい ※他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> 大平園のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____				
担当介護支援専門員	事業所名		氏名		

家族構成（同一生計者）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）・電話番号	備考

現在の状況（医療面、生活面等）

医療の状況	病名	入院通院医療機関名	期間	
			年 月 日～	年 月 日
			年 月 日～	年 月 日
			年 月 日～	年 月 日
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
日常生活動作			心身の状況	
移動	自立（独歩・杖・歩行器）車椅子（自操・介助）		視力障害	無・見えにくい（右・左）・全盲 （眼鏡使用・その他： ）
食事	自立・一部介助・全介助（形態 ）			
排泄	自立・一部介助・全介助（トイレ・ポータブル）		聴力障害	無・やや難聴（右・左）・難聴
入浴	自立・一部介助・全介助		言語障害	無・少し不自由・不自由
着脱衣	自立・一部介助・全介助		会話	普通・どうかにか可・不可
起座	自立・一部介助・全介助・不可		失禁	無・ときどきある・常時
寝返り	自立・一部介助・全介助・不可		床ずれ	無・有（部位： ）
認知症	有・無（問題行動 ）			

留意事項 本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡を下さい。

【連絡先】 特別養護老人ホーム大平園

電話 0258-63-3500

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">入所希望者の家族 _____ 印</p>
-----------------	---