

特別養護老人ホーム 茶寿苑 入所申込書

申込年月日		令和 年 月 日		部屋の希望		個室・多床室・どちらでも可									
入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ				性別	保険者									
	氏 名				男・女	被保険者番号									
						要介護度		1・2・3・4・5							
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 年齢()歳			認定有効期間		年 月 日から 年 月 日まで								
	現住所						電話 番号	市外局番 () () -							
	現 況	☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 福祉施設や病院等に入っている ※以下に記入して下さい。 ☒ 施設名又は病院名： ☒ 所在地(市町村)：													
	入所申込理由 (複数回答)	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が高齢・病気のため ☐ 介護者が就労しているため ☐ 介護者の負担が大きい ☐ 施設・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 ☐ その他()													
	入所希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい													
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ インシュリン注射 ☐ 在宅酸素 ☐ 人工透析(週 回) ☐ その他() 現在治療中の病気 現在の主治医 病院名： 主治医：													
	ADL等状況	移 動 ☐ 歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車イス ☐ 寝たきり 食 事 ☐ 常食 ☐ 軟菜 ☐ 極キザミ食 ☐ ソフト・ペースト食 排 泄 ☐ トイレ ☐ PTトイレ ☐ トイレ・オムツ併用 ☐ オムツ 入 浴 ☐ 一般浴槽 ☐ 機械浴槽(座位) ☐ 機械浴槽(寝たまま)													
申込状況	☐ 茶寿苑のみ申し込む ☐ 他の施設も申し込んでいる、申し込む予定 申込他施設名()														
居宅介護支援事業所							担当者名								
電話番号	() -				備考										
特例入所の要件への該当に関する考え (要介護1又は要介護2の方が入所を申し込む場合に記入してください。)		要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。 ご自身の判断で該当と思われる項目に印を付けてください。 ☐ 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる ☐ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる ☐ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である ☐ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である 上記要件の具体的な理由													

申 込 者	フリガナ		年齢	続柄	電話 番号	自宅：() 携帯：() —
	氏 名		歳			
	住 所	(入所希望者と 同居 ・ 別居)				
	連絡先2	氏名	(続柄：)		電話	() —
住所						
同 意 欄	今後、指定介護老人福祉施設 茶寿苑への入所申込者の状況を調査するため、氏名、生年月日、住所、その他の内容について、担当居宅介護支援事業所、担当介護支援専門員、入院・入所中の医療機関・施設、及び保険者である市町村に確認、報告される事に同意します。 令和 年 月 日 氏名： _____					

- ※ 「介護保険被保険者証(写し)」・「サービス利用表及び別表(写し)」を添付してください。
- ※ 要介護度の変更、他施設へ入所される等状況に変化があった場合は施設へお知らせください。

茶寿苑 連絡先：0977-66-5021 (担当； 藤井 美穂 清末 英隆)
