

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書について

この度は、当施設への入所のお申込みを頂きましてありがとうございます。
【様式1】はご本人様またはご家族様にご記入頂き、【様式2】はケアマネージャー様、もしくは入院・入所先のご担当者様にご記入頂き、介護保険被保険者証のコピーを添えて、郵送申しくはご持参下さい。(ファックスは不可)

～おねがい～

- ※連絡先変更、他施設へ入所される、お亡くなりになられるなどがあった場合は、すぐに竹の里ホームへお知らせ下さい。
- ※要介護度の変更になった場合は介護保険被保険者証のコピーの提出をお願いします。
- ※必要に応じて申し込み後の状況について、竹の里ホームから確認や連絡することがあります。

ご質問・ご不明な点がございましたら、生活相談員までお問い合わせ下さい。

問い合わせ先：特別養護老人ホーム 竹の里ホーム
生活相談員 岩田・仁井
TEL (075) 951-2230

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書

様式 1

平成 年 月 日

社会福祉法人 海印寺徳寿会

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 施設長

次のとおり特別養護老人ホーム 竹の里ホームに入所申し込みをします。

フリガナ 利用者氏名		性別・ 男女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 () 歳
現住所	〒		電話番号		
本人の居所 (現住所と異なる場 合に記入)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型施設 <input type="checkbox"/> その他() 入院・入所先名称() 入院・入所期間(平成 年 月～) 退院・退所予定日(平成 年 月頃)				
介護保険被保険者証番号			保険者 (市町村)		
介護度: 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定有効期間 H . . から H . . まで				
主治医氏名:			医療機関名:		
主治医以外で受診している医療機関名					
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金 ・ 生活保護 ・ その他()				

世帯の状況

家族構成 (主たる介護者に氏名の前に○を記入して下さい)					
氏名	年齢	続柄	職業	住所	電話番号
				〒	携帯
				〒	携帯
				〒	携帯
				〒	携帯

同居以外の家族の状況 ※家族がおられない場合は連絡可能な親類縁者をご記入下さい。

氏名	年齢	続柄	職業	住所	電話番号
				〒	携帯
				〒	携帯
				〒	携帯
				〒	携帯

入所理由(入所を希望される具体的な理由をご記入下さい)

申込者氏名 :

(続柄)

印

※記載事項に変更が生じた場合はご連絡下さい。

特別養護老人ホーム 竹の里ホーム 入所申込書

様式 2

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

利用者氏名

性別 男・女 生年月日 M T S 年 月 日

介護者等の状況:

医療状況:

該当する部分に○か、またはご記入下さい。

身体状況	普通	やや 不自	不自由	備考として状態をわかりやすくご記入下さい。
視力				
聴力				
意思疎通				
ADL	自分 で可	一部 介助	全介助	備考として状態をわかりやすくご記入下さい。
食事				
入浴				
排泄				
移動				
更衣				

認知症日常生活自立度: なし I IIa IIb IIIa IIIb IV M

認知症周辺症状:

居宅サービスの利用状況

居宅サービス利用限度額の割合	60%以上		20%未満	
	20~60%未満		利用なし	
サービス利用状況	事業所・施設名称	利用頻度(日数/月, 回数/週など)		
ショートステイ				
デイケア・デイサービス				
ホームヘルパー				
施設等入所				

施設入所への意見:

記入者(介護支援専門員)氏名: 事業所名(電話番号):

※書類ご提出の際は、介護保険被保険者証のコピーの添付をお願いします。