

特別養護老人ホーム入所申込書

[新規 ・ 変更 ・ 更新]

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|----------------|------------------------|--|-----------|----------------------------|------|--|--|
| 申込日 | | 令和 年 月 日 | | 保険者名 (市町村名) | | | | | | | |
| 「入所に関する連絡先」 申込者 | ふりがな | | | 性別 | | 入所希望者との関係 | | | | | |
| | 氏名 | | | □男 □女 | | □配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □甥姪 □その他() | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | 自宅電話 () 携帯電話 () 昼間の連絡先：□自宅 □携帯 □会社等「 」電話番号 () | | | | | |
| 入所希望者の状況 | ふりがな | | | 性別 | | 被保険者番号 | | | | | |
| | 氏名 | | | □男 □女 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 年齢 | | 介護度 | | □1 □2 □3 □4 □5 | | | |
| | 生年月日 | □明治 □大正 □昭和 年 月 日 | | 歳 | | 認定期間 | | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | | |
| | 医療の状況 | □経管栄養(□経鼻 □胃瘻 □腸瘻) □カテーテル □ストーマ □酸素療法 □透析 □インシュリン □気管切開 □その他() [現在治療中の病名]() | | | | | | | | | |
| | 現在の生活場所 | □在宅で生活 □老健 □介護医療院 □病院 □特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム □特別養護老人ホーム 各施設名又は病院名() 入所・入院時期 年 月から | | | | | | | | | |
| 家族、親族等の状況 | 世帯等の形態 | □自宅では一人で暮らしている □自宅では高齢者のみで暮らしている □自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている | | | | | | | | | |
| | 近隣家族の有無 | □近隣に家族はいない。 □近隣に家族がいる。 □敷地内、隣、道路向いに家族がいる。 ※「家族」：2親等 ※「近隣」：概ね車で30分以内 | | | | | | | | | |
| | 同居家族及び近隣家族の状況 | 氏名 | 住所 | 続柄 | 年齢 | 同居・別居 | 要介護 | 障害 | 複数介護 | | |
| | | | | | | □同居・□別居 | □ | □ | □ | | |
| | | | | | | □同居・□別居 | □ | □ | □ | | |
| | | | | | | □同居・□別居 | □ | □ | □ | | |
| | | | | | | □同居・□別居 | □ | □ | □ | | |
| ※「要介護」：要介護1以上 ※「障害」：身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」：複数人の家族を介護、看護、又は未就学児の育児中。 介護、看護、育児を受けている方の氏名() () () | | | | | | | | | | | |
| ジェノグラム(家系図) | 男性□、女性○ 亡くなっている場合■、● 同居者は線で囲む | | | | 例：本人90歳女性、夫死亡、子供3人 | | | | | | |
| 同意書 | 私及び家族は、特別養護老人ホームの入所にあたり、入所調整検討委員会に対し、要介護認定に係る調査内容、判定結果及び主治医意見書を提出することに同意します 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 本人、又は 家族の代表者 | 氏名 | | | | 住所 | 入所希望者との関係 | | | | |

