

指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]入所申込者台帳

申込者連絡先 <small>家族等代理の方の場合</small>	氏名：	続柄
	〒	
	住所	
	電話番号	

施設記入欄	受付日	年	月	日
	受付番号		担当者名	
	法人名	社会福祉法人 門真晋栄福祉会		
	入所申込施設名	ナーシングホーム智鳥		

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

(フリガナ)		性別		保険者(番号)							
氏名		男 女		被保険者番号							
				要介護度	1・2・3・4・5						
要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
自宅住所	〒			電話番号							
現在の居所 自宅以外に居住している場合に記入	自宅単身 高齢者のみの世帯 自宅家族同居 他の施設や病院に入所										
	施設・病院の名称			所在地	〒						
	入所又は入院期間	平成 年 月から(年 カ月)			電話番号						
入所申込理由	介護する者がいない為 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為 介護する者が就労している事から(昼間独居となり常時の)十分な介護が困難な為 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない為 介護する者が遠方に居住しており、十分な介護ができない為 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為 介護保険の居住サービスの区分支給額を超えており、経済的負担が大きい為 その他()										
本人の入所意向	入所を希望している 迷っている 拒否している 知らせていない 認知力低下により理解困難										
在宅介護継続期間	年	ヵ月	居宅サービスの利用の有無	有(下記についても記入してください) 無							
申込日前月に利用中のサービス(月分)	訪問介護	回/月	訪問入浴	回/月	訪問看護	回/月					
	訪問リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所介護	回/月					
	通所リハ	回/月	福祉用具貸与	品目	短期入所生活介護	日/月					
	短期入所療養介護	日/月									

本人の状況	入所希望時期					
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：	担当ケアマネジャー名			
	医療の状況	経管栄養 カテーテル その他() 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関 _____ [特記事項]	胃ろう 中心静脈栄養	酸素療法	インスリン自己注射	スト-マ(人工肛門)処置
他施設への申込状況	当該施設のみ申込 他の施設(特養・老健・療養型・病院)にも申込んでいる(予定も含む)(箇所) 既に申込んでいる他の施設名()()() 今後申込み予定の施設名()()() 特養待機期間(他施設も含む) 年 月					
主たる介護者の状況	家族構成	親 配偶者 子 孫 その他() 計 人				
	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄() 同居 別居 住所： 電話番号：
	主たる介護者の氏名		男・女			
	意見等(現状の介護で困っている事など)	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)など記入してください)				
	同居以外の親族・援助者の有無	子 兄弟・親戚等 親族はないが援助者あり 親族・援助者なし				
入所申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました 平成 年 月 日 氏名：						
同意欄	今後、指定介護老人福祉施設[特別養護老人ホーム]への入所申込者の状況を調査する為、氏名・生年月日・住所(居住)・入所希望時期について、保険者である市町村及びくすのき広域連合に報告する事に同意します 平成 年 月 日 氏名：					

注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3ヵ月分のサービス利用表及び別表の写しを添付してください

注2 要介護度など要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合はすぐに施設へお知らせください

注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をする事があります

注4 入所希望時期については、入所決定に際してなんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください