

社会福祉法人 白之会 地域密着型特別養護老人ホーム みぎわほ一む 入所申込書・同意書

申込日:令和 年 月 日

入所を希望される方の状況

フリガナ		性別	介護保険証内容		
氏名	Ⓜ	男女	被保険者番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)		要介護度	1・2・3・4・5・未認定	
現住所	〒 -		認定期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
現住所	電話: - -				
現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> 施設名又は病院名: <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/> 入所又は入院時期:平成・令和 年 月 から				
入所を希望する理由(該当するものをすべて選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが十分な介護力がないため (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 要介護状態 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある) <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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ため <input type="checkbox"/> その他( )				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他( )				
現在治療中の傷病名					
現在使用中的お薬					
かかりつけ医					
申込の状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、または今後他の施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名( )( )( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名( )( )( )				

◎主に介護している人について

フリガナ		性別	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他
氏名		男女	同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 市内で別居 <input type="checkbox"/> 市外で別居
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)			
現住所(別居の場合)	〒 -			
連絡先	電話: - -		携帯電話: - -	
備考				

同意書	今後の長崎県及び関係市町村の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 Ⓜ
-----	---

◎申込者

氏名		電話	
住所	〒	携帯電話	
		本人との続柄	

※要介護度の変更、連絡先の変更、申込終了(移転、他施設に入所、死亡)等ありましたら随時ご連絡ください。