

様式1

# 東村山市内指定介護老人福祉施設入所申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 申請書記入者 のお名前		続柄	本人 の 住所	〒 - 電話 ( )
ふりがな 入所申込者 のお名前		性別	男・女	生年月日 明大 年 月 日 満 歳
被保険者番号				保険者 区・市・町・村
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
入所申込 についての 問合せ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ▽問合せをさせていただく方のお名前 ( ) (続柄 ) ▽問合せ先の電話 (自宅以外の方) ( ) ▽問合せ先の住所 (自宅以外の方) 〒 -			
同居の方 について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる			
主に介護 している方 について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない			
介護を手伝う 方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方 ( )			
お住まい について	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る家が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が激しい			
介護する上で の住宅の問題 について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )			
その他あては まるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的に ) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている (具体的に ) <input type="checkbox"/> 病気がある (具体的な病名 )			

## 現在受けている介護や治療の様子について

ご自宅以外で の介護や治療 ※ご自宅にいる方は 未記入	現在いらっしゃるのには <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) ▽施設の名称 ( ) ▽入所・入院開始日 年 月 日~
ケアプラン などについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できる介護支援専門員は ▽介護支援専門員の氏名 ( ) ▽事業所名 ( ) ▽電話 ( )
在宅サービス について	在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない 今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスの使い方を改善したい (具体的に )

私は、貴施設の入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。この申込書にある内容を保険者・地域包括支援センター・指定するケアマネジャーへ提供することに同意します。

また、貴施設へ入所が決定した場合は、保険者・市内の介護老人福祉施設へ入所決定したことを、通知することに同意します。

特別養護老人ホーム 施設長 様  
平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印