

## 特別養護老人ホーム 津田の里 入居申込書 (ご家族記入)

受付番号	
------	--

申込日 令和 年 月 日

入居希望者氏名 <small>ふりがな</small>		性 別	男 ・ 女
		生年月日	M・T・S 年 月 日
現住所 (〒 - )		電話番号	(自宅) ( )
		介護保険 被保険者番号	
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		
要介護認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

### 【 ご本人の状況 】

1. 現 状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入居・入院されている場合 ◇施設名又は病院名 _____ ◇入居又は入院期間 : H・R 年 月 日から ◇市外の場合は所在地 ( )
2. 入居希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が高齢、就労 <input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )
3. 入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入居したい
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 点滴 (ポート留置含む) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿カテーテル留置 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 痰吸引 (・口腔内・鼻腔) *鼻腔の場合：頻度 (・日中のみ・夜間のみ・終日) ◇現在治療中の病名 _____ 主治医 _____
5. 障がい状況	<input type="checkbox"/> 障がい名 _____ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (等級) _____ 級(度)
6. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。または申し込む予定の場合 1. _____ 2. _____
7. 入居希望	<input type="checkbox"/> 本館 多床室 <input type="checkbox"/> 新館 個室

裏面あり

