

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"/> 多床室 (2人または4人部屋) <input type="checkbox"/> 個室 (ユニット型)

裏面あり

入居申し込み者連絡先

ふりがな 氏 名		続 柄		性 別	男・女
		生年月日	T・S・H	年	月 日
連絡先（携帯電話）	() — 携帯番号 () —				
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> その他()				
ご家族からの意見 (在宅生活が困難な理由などを書いて下さい)					
ご家族・近親者様(連絡順)の状況					
順	(ふりがな)	続 柄	(郵便番号)	電 話(自宅または勤務先)	
	氏 名	年 齢	住 所	(携帯電話番号)	
1					
2					
3					
4					
5					
担当ケアマネジャー					
事 業 所 名					
連絡先電話番号					