

## 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

|                 |   |             |             |  |  |  |
|-----------------|---|-------------|-------------|--|--|--|
| ふりがな<br>入居希望者氏名 |   | 性 別         | 男 • 女       |  |  |  |
|                 |   | 生年月日        | M・T・S 年 月 日 |  |  |  |
| 現 住 所 (〒 - )    | 電話番号  | (自宅)<br>( ) |             |  |  |  |
|                 | 介護保険<br>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<br><input type="checkbox"/> 他の介護保険施設等に入居・入院されている場合<br>◇施設名又は病院名 _____<br>◇入居又は入院期間 : H・R 年 月 日から<br>◇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<br><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<br><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<br><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( )<br><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)<br>◇現在治療中の病名 _____ 主治医 _____ |
| 5. 障がい状況  | <input type="checkbox"/> 障がい名 _____<br><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<br>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<br>氏<br>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<br>(在宅生活が困難な<br>理由などを書いて下<br>さい) |   |          |               |                           |     |
| ご家族・近親者様(連絡順)の状況                          |   |          |               |                           |     |
| 順   | (ふりがな)<br>氏名  | 続柄<br>年齢 | (郵便番号)<br>住 所 | 電 話(自宅または勤務先)<br>(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                                   |   |          |               |                           |     |