

■ 特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設) ゆうりん 入居申込書 ■

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日

写真貼付欄

1 申込者 「連絡先」	住所	〒 —	
	ふりがな 氏名	続柄	
	電話	自宅	— —
		携帯	— —

特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設)に入居したいので次のとおり申込みします。

※今後、郵送物などは、この連絡先にお送りさせていただきます。

2	申し込み先 (入居希望施設)	特別養護老人ホーム (指定介護老人福祉施設)	ゆうりん	保険者	
3 入居希望者	ふりがな 氏名	性別 男・女		被保険者番号	
				要介護度	要介護 1・2・3・4・5
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	満 歳	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現住所	〒 —	電話	— —	
4 入居希望者の 現況	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている ※施設や病院などに入っている方は、次に記入して下さい。 ◇ 施設名または病院名： _____ ◇ 所在地(市町村名のみ) _____ ◇ 入所または入院時期： 平成 年 月 日から入所・入院している。			
	5 家族構成	<input type="checkbox"/> ア.イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ.高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ.独居			
	5 介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア.主たる介護者以外に必要時に協力者有 <input type="checkbox"/> イ.介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ.介護者はいない			
	5 介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア.60歳未満 <input type="checkbox"/> イ.60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ.75歳以上(介護者はいない)			
	5 介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア.健康である <input type="checkbox"/> イ.健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ.介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
	5 介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア.十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ.一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ.ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
5 要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア.良好 <input type="checkbox"/> イ.介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ.介護放棄等、最低限の関わりのみ(介護者はいない)				
6 生活・経済状況	6 待機状況	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中で退所(院)の働きかけがない < <input type="checkbox"/> 入所(院)中で退所(院)の働きかけがある (※入所(院)可能期間 <input type="checkbox"/> イ.制限なし <input type="checkbox"/> ウ.6～12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ.6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ.自宅等			
	6 在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ.限度額の40～60%未満 <input type="checkbox"/> エ.限度額の60～80%未満 <input type="checkbox"/> オ.限度額の80%以上			
	6 在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ.まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ.一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ.ほとんどサービスを抑制している			
	6 保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア.第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ.第4段階 <input type="checkbox"/> ウ.第3段階 <input type="checkbox"/> エ.第2段階 <input type="checkbox"/> オ.第1段階			
	6 住宅	<input type="checkbox"/> ア.施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ.快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ.一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ.かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ.帰る住まいがない			
7 入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい				
8 状況	8 医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】			
	9 生活歴	【出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他の事項等】			
	10 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設に申し込んでいる 又は今後申し込む予定 ◇ 既に申し込んでいる他の施設名 () () ◇ 今後申し込む予定の他の施設名 () ()			
11 主たる介護者	ふりがな 氏名			性別 男・女	本人との関係
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: _____)			
	要望等	【介護をしている上で困っていること等】			
12	紹介事業所 又は支援センター			電話番号	
				担当者	