

入 居 申 込 書

申込者（本人でない場合は、申込代理者）

特別養護老人ホーム きぬ川苑

施設長 吉岡伸浩殿

受付日	令和 年 月 日
担当者名	
電話番号	0288-70-3110

住所	〒
フリガナ 氏名	入居希望者との関係 ()
電話	

申込先（入所施設名）	特別養護老人ホームきぬ川苑		保 険 者										
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	被保険者番号									
	氏 名		男・女										
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護 認定期間	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで									
	現 住 所	〒 TEL											
	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"/> 老人保健施設などの施設に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名 _____ ◇所在地 _____ ◇入所又は入院時期：平成・令和 年 月から入所・入院している											
入居を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」「認知症」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 要介護1又は要介護2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。ご自身の判断で該当すると思われる項目に印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 <input type="checkbox"/> その他 ()												
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】												
申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定 ◇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 () ()												

主たる 介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係	
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	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:)			
担当ケアマネ	担当ケアマネ氏名:	事業所:		連絡先電話番号:	
説明 確認欄	私は、入居申込みに際し、入居申込みから入居契約までの入居決定方法について、施設担当者又は、介護支援専門員から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名 印				
同意書	1. 入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 2. 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 令和 年 月 日 氏名 印				
家族構成	*図表示願います (男性: <input type="checkbox"/> 女性: <input type="checkbox"/>)	氏名	年齢	続柄	職業
既往歴	*大まかな入院治療経過を記入してください (入院期間・病名・入院先等) 主治医: 服薬:				
生活歴	趣味: 性格: 嗜好: 飲酒: 喫煙:				
食事	自立・一部介助・全介助				
排泄	自立・一部介助・全介助				
歩行	自立・一部介助・全介助				
着脱	自立・一部介助・全介助				
入浴	自立・一部介助・全介助				
疎通	可能・若干可能・困難				
その他	*介護保険負担割合: 割		*限度額証: 段階 (食費: 円)		
	*現在の居所⇒				
	*利用状況⇒		*利用している介護サービスを記入してください。		
	*希望居室⇒ 個室・多床室・どちらでも可				