

特別養護老人ホーム入所申込（変更届出）書

(宛先) 特別養護老人ホームオアシス高遠 施設長

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申し込みます。 申込日 年 月 日

1 申込者	ふりがな		性別	入所希望者との関係				
	氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	住所	〒		電話 ()				
				携帯電話 ()				
2 入所希望者の状況	ふりがな		性別	被保険者番号				
	氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女					
	住所	〒 伊那市		介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中			
		電話 ()		認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生		年齢	歳			
	現況及び医療状況	<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 (人世帯) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設 (病院) へ入所 (入院) 中 (名称) 年 月 日 ~ 年 月 日 頃退所 (退院) 予定						
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他 ()						
	過去の入所・入院状況	名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
			理由					
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与						
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称			担当者 (ケアマネジャー) 名				
3 家族、親族等の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居区分	備考		
					同居・別居・敷地内			
					同居・別居・敷地内			
					同居・別居・敷地内			
					同居・別居・敷地内			
					同居・別居・敷地内			

該当する欄に☑してください。特別養護老人ホーム以外でもご記入ください。

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。又は申し込む予定。
	既に申し込んだ施設名 () () ()
	申し込み予定施設名 () () ()
	() () ()

5	世帯及び介護の状況等	<input type="checkbox"/> 入所希望者 ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいない <input type="checkbox"/> 身寄りがあるが、介護可能者が遠方に住むため介護できない <input type="checkbox"/> 身寄りがあるが、介護可能者が病気や重複して介護をしている <input type="checkbox"/> 身寄りがあり、定期的な支援をしている <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 入所希望者と 高齢者のみが 同居する世帯	<input type="checkbox"/> 同居者が長期入院中等の理由で事実上、介護不可能 <input type="checkbox"/> 同居者が要介護・要支援、病気療養中等のため介護できない <input type="checkbox"/> 同居者が高齢等の理由で、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者がおり、定期的な支援をしている <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者がいるが、就労、病気等のため支援できない <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者はいない <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 入所希望者との 二人世帯 (高齢者のみ世帯を除く)	<input type="checkbox"/> 同居者が長期入院中等の理由で事実上、介護不可能 <input type="checkbox"/> 同居者が疾病、障害を有する等の理由で十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者がおり、定期的な支援をしている <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者がいるが、就労、病気等のため支援できない <input type="checkbox"/> 近隣に介護可能者はいない <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 入所希望者と 子世帯及び 親族世帯との 同居	<input type="checkbox"/> 主な介護者が就業、疾病等の理由で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主な介護者以外に協力可能な同居家族がいる [入所希望者との関係] () () () <input type="checkbox"/> 主な介護者以外に協力可能な同居家族がない <input type="checkbox"/> 主な介護者が複数の介護や育児等をしている <input type="checkbox"/> その他 ()
		(介護上の悩みや困っていることなどを記入してください。)	
6	同意書	私及び家族は、特別養護老人ホームの入所に当たり、入所検討委員会及び伊那市に対し、入所に必要な情報を提供することに同意します。	
		年 月 日	
		入所希望者 氏名	入所希望者との関係 []
		家族等 氏名 住所	
7	説明確認欄	私は、入所申込みに当たり、入所申込みから入所契約までの入所決定方法について、施設の担当者から説明を受けました。 年 月 日 氏名	