

指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入居申込書

特別養護老人ホームめざま

施設長 殿

施設記入欄		No.
受付日	令和 年 月 日	

令和 年 月 日

※（今後、郵便物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。）

申込者	フリガナ			
	氏名			
	〒		続柄	
	住所			
	電話番号			
	携帯番号			

特別養護老人ホームめざまを利用したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況					
(フリガナ)		性別	被保険者番号		
氏名	印	男・女	要介護度	1・2・3・4・5	
生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	認定有効期間	令和 年 月 日 から		
月日	年 月 日 () 歳		令和 年 月 日 まで		
現住所	〒 -				
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				
	現在利用しているサービス	種類	サービス内容	種類	サービス内容
		<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/> ショートステイ	
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 福祉用具	
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 介護保険外		
<input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設名又は病院名：					
入居又は入院時期 平成・令和 年 月 から 入居・入院 している					
在宅主治医					
居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー		

医療の必要な状態	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔 ・ 胃瘻 ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【現在治療中の病気・特記事項等】
入所を希望する理由 （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」、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"/> 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"/> 終末期（癌・非癌を問わず）であるが在宅での看取りが困難で施設での看取りを希望している。 （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）
申込の状況	<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（ ）（ ）（ ）
入居の時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月ごろ入居したい <input type="checkbox"/> その他（ ）
本人の意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難 （ ）

◎ 主たる介護者			
(フリガナ)		性別	本人との関係
氏名		男	生年月日 大正・昭和・平成
		女	年 月 日（ 歳）
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している （住所： 電話番号： ）		
意見	【介護をしているうえで特に困っていること等】		

◎ 法人グループ内利用アンケート ※ご家族等も含めてご回答をお願いします

- 利用歴がある方 ご本人 ご家族又はご親族
- 特別養護老人ホームめざめ又はショートステイめざめ 春回会クリニック 通所リハビリ又は訪問リハビリ
井上病院 長崎北病院 出島病院 春回会クリニック又は健診センター 有料老人ホーム春の家
訪問看護ステーションひまわり ヘルパーステーションめざめ ケアプランセンターひまわり

◎ 同意書

今後の長崎県及び関係市町の高齢者対策の参考とするため、必要がある場合はこの申込書の内容を長崎県及び関係市町に報告することに同意します。

令和 年 月 日

申し込み者 氏名

Ⓣ

※「被保険者証（写）」・直近3ヶ月の「サービス利用票（写）」・「サービス利用票別表（写）」
 「介護支援専門員等意見書」を添付して下さい。