

入園申込書(要介護3・4・5の方用)

申込者(連絡先) 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。

申込日	/ /
受付日	/ /



〒	—
住所	
氏名	続柄
電話	()

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)		敬生園		一次判定		保険者	
(フリガナ)				性別		被保険者番号	
氏名						要介護度	
生年月日				歳		要介護認定期間	から 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 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: _____ から入所・入院している					
介護者等の状況	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					
	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り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない					
	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)					
	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)					
	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)					
	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)					
入居希望者の状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> (イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等					
	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					
	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					
	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					
	住居	<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					
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> _____ 頃までに入居したい					
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】						
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、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 () ()						
主たる介護者	(フリガナ)			性別		本人との関係	
	氏名					生年月日	年 月 日
	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: _____)					
	意見	【介護をしている上で困っていること等】					
紹介事業所 (又は支援センター名)		電話番号 _____ 担当 _____					