**指定介護老人福祉施設〈特別養護老人ホーム〉利用申込書兼台帳**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名　 | フリガナ： | 施設記入欄 | 申込日 | 　　　年　　月　　日　　 |  |
| 氏　　名： | 受付日 | 　　　年　　月　　日 |  |
| 〒 | 続柄 |  | 受付番号 |  |  |
| 住　　所： | 担当者名 |  |  |
|  | 法人名 | 社会福祉法人 敬仁会 |  |
| 電話番号： | 入所申込施設名 | 特別養護老人ホームル・ソラリオン |  |
| 携帯番号： |

今後､連絡等は申込者の方にさせていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | フリガナ |  | 性　別 | 保険者（番号） |  |  |
| 氏　　名 |  | 男　･　女 | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 明･大･昭　　年　　月　　日（満　　歳） | 要介護度 | 　１・２・３・４・５ |  |
| 要　介　護認定期間 | 　　　年　　月　　日から | 変更申請日 |  |  |
| 　　　年　　月　　日まで | 変更申請理由 |  |
| 自　　宅住　　所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 現在の居所 | □自宅で単身□高齢者のみの世帯□自宅で家族と同居□他の施設や病院に入院入所中 |
| ※自宅以外に居住している場合に記入 | 施設･病院等の名称 |  | 住所 | 〒 |
| 入所･入院期間 | 平成　年　月　日から（　　年　　ヶ月） | 電話番号 |  |
| 入所申込理　　由該当にチェック複数可 | □介護する者がいない為 |
| □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為 |
| □介護している者が就労していることから､(昼間独居で常時の)十分な介護が困難な為 |
| □介護する者の身体的､精神的負担が大きく十分な介護が出来ない為 |
| □介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為 |
| □居住環境の事情により十分な介護が困難な為 |
| □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為 |
| □経済的負担が大きい為 |
| ※要介護度が1,2の方のみ記入 | 居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない理由 |
| 本人の入所意向 | □希望している□迷っている□拒否している□知らせてない□理解困難 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人の状況 | 担当ケアマネージャー名 |  | 居宅介護支援事業者名 | 　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 居宅サービスの利用の有無　　□　有　　　　　　　　　　　　　　□　無 |  |  |
| 医　療　の　　状　況 | □経管栄養　□胃ろう　□インスリン自己注射　□人工肛門　□カテーテル |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療中の病名　　　　　　　　　　　　　　受診している医療機関 |
| 《特記事項》 |
| 他施設への申し込み状況 | □当施設のみ　□他の施設にも申し込んでいる（　　　　箇所） |
| すでに申し込んでいる他の施設名 |
| 今後申し込む予定の施設名 |
| 最初の入所申込からの経過年数　　　　年　　　　月 |
| 主たる介護者の状況 | フリガナ | 住　　所電話番号 |
| 介護者名続柄（　　　　　　）年齢（　　　　　） |
| 同居以外の親族･援助者の有無　□子□兄弟･親族等□親族はないが援助者あり□親族､援助者なし |
| 意見等(現在の介護で困っている事等） |
|
|
| 説明確認 | 　入所申込に際し､入所申し込みから入所契約までの手続及び入所順位の決定方法について､施設から､説明を受けました。令和　　年　　月　　日　　氏　名　　　　　　　　続柄（　　　）　　 |
|  |
| 同意書 | 　今後、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者（市町村）に報告する事に同意します。　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |