

社会福祉法人迫川会 入所申込書

申請日 令和 年 月 日

いちょうの里 施設長 殿

希望する施設の番号を○で囲んで下さい。(複数可能)

| | | | | |
|-------|-----------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|
| 種別 | 1 | 特別養護老人ホームいちょうの里 50床(多床室 内2床個室) | 2 | グループホームぎんなん荘 18床(個室) |
| 申請対象者 | 要介護3以上の方(要介護1、2の方でも特例的に入所可) | | | 要支援2以上・認知症の既往判定のある方 |

上記の施設へ入所(待機)申込みいたします。

《入所申込み対象者》

| | | |
|--------------------|--|------------------------|
| フリガナ 氏名： | 性男 別女 | 生年月日：大・昭 年 月 日 (歳) |
| 〒 住所： 電話番号： | | |
| 保険者(在住市町村名) | | 介護保険の被保険者番号 |
| 要介護度 | 要支援2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中 | |
| 有効期間 | 令和 年 月 日 ～ 年 月 日まで | |
| 担当ケアマネジャー 有 ・ 無 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所名 ・ 氏名 | |

《申込み者》主に連絡を取られる方

| | |
|-------------|-------|
| フリガナ 氏名： | 続柄() |
| 〒 住所： | |
| 電話番号 | 携帯番号 |

《申込み後の連絡者》上記の申込者とは別の場合記入ください

| | |
|-------------|-------|
| フリガナ 氏名： | 続柄() |
| 電話番号 | 携帯番号 |

《申請理由について記入ください》

| | |
|-----------------------------------|--|
| 身体状態：寝たきり 認知症(気になる行動) | |
| 家族構成：独居 ・ 老夫婦 ・ 2人暮らし ・ その他の世帯() | |
| <申込み理由> | |

| | | | |
|--------------|------------|-------|-----|
| 受付日 令和 年 月 日 | 受付番号：25-ホ- | 25-グ- | 受付者 |
|--------------|------------|-------|-----|

《他の施設も申込まれている方は記入してください。》

| | | |
|---|---|---|
| ① | ② | ③ |
| ④ | ⑤ | |

《現在利用しているサービスがあれば記入してください》

| | |
|---------------------------|------------------|
| ①病院又は施設入所中（病院、施設名： _____） | |
| ②訪問介護（ _____ ） | ③通所リハ（ _____ ） |
| ④訪問入浴（ _____ ） | ⑤通所介護（ _____ ） |
| ⑥訪問看護（ _____ ） | ⑦福祉用具貸与（ _____ ） |
| ⑧訪問リハ（ _____ ） | ⑨短期入所（ _____ ） |
| ⑩その他（ _____ ） | |

《現在治療中の病気》 現在お分かりになる病名を記入してください。

| | | |
|-------------------|------------|------------|
| 既往歴（分かる範囲でお願いします） | | |
| | | |
| 主治医 | 病院名： _____ | 医師名： _____ |

《特別な医療》

| |
|--|
| 点滴 ・ 中心静脈栄養 ・ 透析 ・ 人工肛門 ・ 在宅酸素療法 ・ 人工呼吸器 気管切開の処置 ・ 吸引 ・ 膀胱カテーテル 経管栄養（胃瘻 ・ 鼻腔） ・ 感染症（ _____ ） インスリン注射（回数： _____ 回） 血糖値（ _____ ） （使用製品薬名： _____ ） その他の医療（ _____ ） |
|--|

※入所に関する希望調査

入所時期の希望についてお答えください。（必ず要望どおり入所できるものではありません）

今すぐ入所を希望する ・ 必要になったら希望するがまだよい

※県が調査のために申込者様の個人情報収集し利用することがありますので、ご理解いただきますよう宜しくお願い致します。