

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

表面

申込日 令和 年 月 日(曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな	続柄 ()
	氏名	年齢 ()
	住所	
	電話	

* 事前の問い合わせや見学等に対応した (有 ・ 無)

入所を希望する人、その人の状況について ※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください。

ふりがな		男	保 險 者	
氏名		女	被保険者 番号	
生年月日	大正・昭和 年 月 日(才)		有効期限	R 年 月 日~R 年 月 日
住所			要介護度	1・2・3・4・5・未認定
電話	(市外)		居宅名	担当 ケアマネ
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 令和 年 月から入院)			
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)			
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医)			
申し込み 希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む ・すでに申し込み済施設()() ・これから申し込む施設()()			

主に介護している人について ※介護している人と申し込み者が同じでもこの欄に記入してください。

氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	<u>介護で困っていること</u>		

※ 裏面にも記入してください。

