

指定介護老人福祉施設 慈宗院 入所申込書

入所希望者	ふりがな	申込受付日 令和 年 月 日 時 分	
	氏名	被保険者番号	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢 () 歳 性別 男 女
	住民登録地	都道 市 府県 町村	

私は、入所申込みから入所契約まで必要な手続き及び入所にあたっての注意事項について、入所順位決定法について、入所の順位見直しについて、説明を受けた上で入所申込みをします。

【 令和 年 月 日 】

申込者	かな	住所	〒 都道 市
	氏		府県 町村
	名	電話 () - () - ()	
	入所希望者との続柄	携帯 () - () - ()	

※施設からの連絡は、申込者の住所・連絡先へ行いますので、正確にご記入ください。

要介護度	認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動			
※チェック必須	※チェック必須			
<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	[]
<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 摂食異常	
<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	
<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 大声	

介護保険サービス利用状況 (介護の必要性) 居宅介護支援事業所 ()

※チェック必須 サービス内容と頻度 ()

<input type="checkbox"/> 利用上限単位数の平均の 6割以上	<input type="checkbox"/> 当該特養以外の施設に入所(入院を含む)
<input type="checkbox"/> " 4割以上6割未満	施設名および入所日(入院日)
<input type="checkbox"/> " 4割未満	(H・R 年 月 日)

家族等介護者の状況

※該当者のみチェックし、詳細をご記入してください

<input type="checkbox"/> 単身	[詳細]
<input type="checkbox"/> 高齢者世帯・介護者が虚弱等	
<input type="checkbox"/> 介護者が就業中・複数介護等	

医療の状況 ※ 該当者のみチェック

<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養
<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 点滴	<input type="checkbox"/> その他 ()			

特列入所者対象者(要介護1又は2の場合)	<input type="checkbox"/> 該当	(該当要件)	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 虐待の疑い	保険者市町見	<input type="checkbox"/> 該当
	<input type="checkbox"/> 非該当		<input type="checkbox"/> 知的障がい・精神障がい等	<input type="checkbox"/> 家族等介護者の状況		<input type="checkbox"/> 非該当

入所希望時期	他の特別養護老人ホームへの申し込み状況
※ チェック必須	※ チェック必須
<input type="checkbox"/> なるべく早く	<input type="checkbox"/> 施設名
<input type="checkbox"/> 年 月 頃	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる
	<input type="checkbox"/> 申し込んでいない

※記入漏れや必要書類不備の場合は、申込み保留といたします。

慈宗院 TEL 059-237-0069

※入所順位に関りますので、記入内容に変更があった場合は必ずご連絡ください。

FAX 059-237-4817