

(別紙)

サン豊浦入所申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

施設長 殿

申込代理人 (手続きにお見えになった方)

フリガナ 氏 名		続 柄	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ 氏 名		男・女	明 大 昭	年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 - 【電話番号】 ()				
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5			
認定期間	年 月 日から 年 月 日				
健康保険	種別	記号・番号			
年金等	種別				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は	名 称		
	<input type="checkbox"/> 入院中	施設	住 所		
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間		年 月 日～	
心 身 状 態	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		[<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜]			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食
		[副食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまりよく見えない	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえづらい	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動	<input type="checkbox"/> 自傷行動	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行動	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 独語	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】				
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 人口透析	
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 在宅酸素			
	<input type="checkbox"/> その他 ()				

入所を希望する理由

※ 該当するものをすべて選んでください

身寄りがなく介護者がいないため
介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難であるため
介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため
介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため
介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため
施設や病院から退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため
その他（ ）

【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】

認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難
知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難
家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である
単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できない
特記事項（ ）

氏名 主介護者には□にチェック	続柄	年齢	職業	同居 別居 の別	(別居の場合)	
					住所	電話番号
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		

入所を希望する時期

今すぐ入所したい
 年 月頃までには入所したい

申込状況

当該施設にのみ申込み
他の施設にも申込んでいる
 (他の施設名)

特記事項

介護支援 専門員	氏名	連絡先
	事業所名	

説明確認欄

私は、入所申込みに際し、

利用順位の決定方法
特列入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村で情報共有すること
 について施設から説明を受けました。

年 月 日

氏名： 印

※保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください

利用者氏名

・病歴（発症時期、病名、入院）

・生活歴（本人の出身地、結婚、仕事、子ども、性格等）

・入所申し込みの理由（介護者の状況等）

・居室希望 ⇒ 無 ・ 有 （多床室・個室）