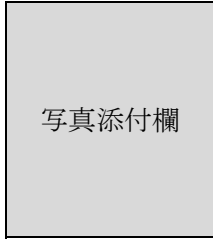


## 深川市特別養護老人ホーム 入居申込書

申込者（連絡先） 今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	//
受付日	//



〒	-	
住所：		
氏名：		続柄
電話：	( )	

特別養護老人ホームに入居したいので次のとおり申し込みます。

申し込み先 (入居希望施設)	特別養護老人ホーム永福園		保 険 者	
(フリガナ)		性別	被保険者番号	
氏 名			要介護度	
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	要介護 認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
現 住 所	〒 -			
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名： _____ ◇所在地（市町村名のみ） _____ ◇入所又は入院時期： 平成 年 月から入所・入院している			
介護者等の 状況	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 7. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> 7. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない		
	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 7. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60～74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上（介護者はいない）		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> 7. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である（介護者はいない）		
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> 7. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない（介護者はいない）		
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 7. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護が出来ておらず、最低限の関わりのみ（介護者はいない）		
生活・経済 状況	待 機 状 況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所中で退所の働きかけがない < 在所中で退所の働きかけがある = 入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6～12カ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等		
	在宅サービス 利 用 率	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%～60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%～80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上		
	在宅サービス 利 用 状 況	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあままサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している		
	保険料の段階	<input type="checkbox"/> 7. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階		
	住 居	<input type="checkbox"/> 7. 施設・病院等に在所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない		
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> // 頃までに入居したい		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】			
生活 歴	・ 出生・学歴・職歴・結婚歴・子供・その他			
申 込 状 況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( )			
主たる 介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係
	氏 名		生年月日	年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：		
	意 見	【介護をしている上で困っていること等】		
紹介事務所 (又は支援センター名)	電話番号		担当	