

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 蓬萊の杜 入居申込書

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 蓬萊の杜 施設長様

申込日 年 月 日

申込者（入居希望者本人）

〒	：
住所	：
フリガナ	
氏名	男 ・ 女
	明 ・ 大 ・ 昭
生年月日	年 月 日 （満 歳）

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 蓬萊の杜 に入居したいので介護保険証コピーを添えて次のとおり申し込みます。

連絡先 1	フリガナ		利用者との続柄		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	T・S	年 月 日	年齢
	住所	〒				
	自宅電話番号		携帯電話番号			
	勤務先名称		電話番号			
	勤務先住所					
	日中連絡先	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ 勤務先電話 ・ その他（ ）				
夜間連絡先	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ 勤務先電話 ・ その他（ ）					
連絡先 2	フリガナ		利用者との続柄		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	T・S	年 月 日	年齢
	住所	〒				
	自宅電話番号		携帯電話番号			
	勤務先名称		電話番号			
	勤務先住所					
	日中連絡先	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ 勤務先電話 ・ その他（ ）				
夜間連絡先	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ 勤務先電話 ・ その他（ ）					

・ 申込書提出の際、介護保険保険証のコピーも併せて添付してください。

同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	備考	
同居以外の家族構成	同居以外の子供、子供がいない場合は、兄弟、甥、姪)					
	氏名	続柄	年齢	職業	住所	備考
介護支援専門員 (ケアマネジャー)		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
		介護支援専門員氏名：				
		事業所名：				
		事業所所在地：		電話番号：		
医療の状況	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	医療行為等	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素				
		<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ） <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 疥癬				
		<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他：				
	【現在治療中の病気・特記事項等】					
	かかりつけの医療機関名					
主治医師名等						

入居希望者の現況確認

本人の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他：
	◇施設名又は病院名：
	◇所在地（市区名のみ）：
	◇入所又は入院時期： 年 月から入所・入院している
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> デイサービス（週 回）
	<input type="checkbox"/> その他： （週 回）
入居部屋希望	個室 ・ 多床室
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい
世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯（65歳以上） <input type="checkbox"/> 同居家族あり
主たる介護者	氏名 続柄 年齢
主たる介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 負担が非常に大きい <input type="checkbox"/> 意欲はあるが負担が大きい <input type="checkbox"/> 意欲は介護負担感より高い <input type="checkbox"/> 意欲が十分にあり、負担感も少ない
主たる介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能
主たる介護者の就労	無 ・ 有（日数： 日／週 時間／日 ）
主たる介護者の育児・家族の病気	無 ・ 有：
主たる介護者が複数の介護をしている	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能
他の同居家族の介護補助者	無 ・ 有（日数： 日／週程度 ）
別居血縁者介護協力	無 ・ 有（日数： 日／週程度 ）
住環境等	<input type="checkbox"/> 支障なし
	<input type="checkbox"/> 3か月以内の立ち退きを迫られている
	<input type="checkbox"/> その他：
病院・施設等からの退院・退所を求められている	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 3か月以内の退院・退所を求められている

