

# 特別養護老人ホーム 手稲つむぎの杜 入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

## 【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。

特別養護老人ホーム手稲つむぎの杜に入居したいので次のとおり申し込みます。

〒 -		
住所:		
氏名:	続柄	
電話: ( )		

申込先 (入居希望施設)	社会福祉法人 溪仁会 特別養護老人ホーム手稲つむぎの杜		保険者	
			被保険者番号	
(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
氏名		男・女	要介護度	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		要介護 認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
現住所	〒 -			
現況	<input type="checkbox"/> ア. 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> イ. 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> ウ. 施設・病院等に入所(院)中 *「施設・病院等に入所(院)中」の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・令和 年 月 日 から入所・入院している			
	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯(18歳未満の子と夫婦との世帯を含む) <input type="checkbox"/> ウ. 独居		
	介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者あり <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない		
入居希望者の 状況	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(または介護者はいない)		
	介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 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(または介護者はいない)		
	介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護にあたる時間あり <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間あり <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(または介護者はいない)		
	要介護者との関係	<input type="checkbox"/> ア. 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. 最低限の関わりのみ(または介護者はいない)		
	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない *施設・病院等に入所中で退所の働きかけがある場合の、 入所継続可能期間 ( <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヶ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> オ. 自宅等		
生活・ 経済の 状況	在宅サービス 利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(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"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまあ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"/> ア. 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		

生活・経済の状況	住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(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		
	収入状況	年金	年額	円
		年金	年額	円
		その他	年額	円
入居希望時期	<input type="checkbox"/> ア. 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> イ. 年 月 頃までに入居したい			
入居希望者の状況	他施設申込み状況	<input type="checkbox"/> ア. 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> イ. 他の施設に申込んでいる又は今後申込み予定 *既に申込みをしている他の施設名( ) ) *今後申込み予定の他の施設名 ( ) )		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> ア. 経管栄養 <input type="checkbox"/> イ. 胃ろう <input type="checkbox"/> ウ. 在宅酸素 <input type="checkbox"/> エ. インシュリン注射 <input type="checkbox"/> オ. ペースメーカー <input type="checkbox"/> カ. その他( ) )		
		【過去にかかされた病気】 【現在治療中の病気・特記事項等】		
主たる介護者	【かかりつけ医療機関】			
	①:	②:	③:	
	(フリガナ)	性別	本人との関係	
	氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> ア. 同居している <input type="checkbox"/> イ. 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】			
紹介者又は担当者	居宅介護支援事業所、または入所(入院)中の施設・病院名			
	担当者名:	電話番号:	( )	

※特別養護老人ホーム手稻つむぎの杜への入居申込みで得た個人情報とは、入居決定に際してのみ使用させていただきます。