

# 特別養護老人ホーム 手稲つむぎの杜 入居申込書

申込日	〇〇年	〇〇月	〇〇日
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。

〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇		
住所:	札幌市 〇〇区 〇〇〇条 〇〇丁目〇-〇		
氏名:	手稲 太郎	続柄:	夫
電話:	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		

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	〇〇市〇〇区
			被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
(フリガナ)	テイネ ハナコ	性別	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
氏名	手稲 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	要介護度	
生年月日	明治(大正)昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ( 〇〇歳)		要介護認定期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 札幌市 〇〇区 〇〇〇条 〇〇丁目 〇〇 - 〇〇			
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 checked="" 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: 〇〇〇〇〇 病院 所在地(市町村名のみ) 〇〇市 入所又は入院時期: 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない		
介護者等の状況	介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ウ. 最低限の関わりのみ(または介護者はいない)		
生活・経済の状況	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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階		

入居希望者の状況

生活・経済の状況	住居	<input checked="" 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	〇〇〇〇〇〇 円	
		年金	年額	円	
その他	年額	円			
入居希望時期	<input checked="" 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				
他施設申込み状況	<input type="checkbox"/> ア. 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> イ. 他の施設に申し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( <b>特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇</b> ) * 今後申込み予定の他の施設名 ( )				
入所希望者の状況	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( ) <b>【過去にかかられた病気】</b> <b>平成〇〇年〇〇月 左眼白内障手術</b> <b>平成〇〇年〇〇月 脳梗塞のため、〇〇〇病院へ入院</b> <b>平成〇〇年〇〇月 骨折のため、〇〇〇病院へ入院。手術</b> <b>【現在治療中の病気・特記事項等】</b> <b>※できるだけ詳しくご記入ください。</b> <b>高血圧症、認知症、白内障、骨粗しょう症</b>			
		<b>【かかりつけ医療機関】</b> ①: <b>〇〇〇病院(内科)</b> ②: <b>〇〇〇クリニック(整形外科)</b> ③: <b>〇〇〇クリニック(眼科)</b>			
主たる介護者	(フリガナ)	<b>テイネ タロウ</b>	性別	本人との関係	<b>夫</b>
	氏名	<b>手稲 太郎</b>	<b>男</b> ・女	生年月日	明治 <b>大正</b> 昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日
	同居の区分	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 同居している <input type="checkbox"/> イ. 別居している (住所:			
意見	<b>【介護をしている上で困っていること等】</b> <b>どんな内容でも構いませんので、できるだけ詳しくご記入ください。</b> <b>《例》 高齢で持病があり、妻の介護するのが大変。特に夜のトイレ介助をすることとなると十分にできない。</b>				
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 <b>居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇、又は 〇〇〇〇病院</b> 担当者名: <b>〇〇〇〇〇</b> 電話番号: <b>〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇</b>				

※特別養護老人ホーム手稲つむぎの杜への入所申込みで得た個人情報、入所決定に際してのみ使用させていただきます。