

特別養護老人ホーム『川口シニアセンター・第二川口シニアセンター』入所申込書

受付日: 令和 年 月 日

申込日: 令和 年 月 日

ID

入所基準 点

ユニット型個室

多床室

申込者 (代理人)	フリガナ					
	氏名	本人との続柄				
	住所	〒 □ □ □ □ □ □ □ □				
	電話	携帯				

入所を希望しますので次のとおり申込みます。(太枠の中をご記入下さい)

印は、該当項目にレ点をして下さい。

入所希望者について	フリガナ		性別	保険者(市町村)	被保険者番号(10桁)					
	氏名		男・女	川口市・他( )						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	要介護度		1・2・3・4・5					
	住所	〒 □ □ □ □ □ □ □ □			要介護1又は2の方は別紙『特例入所対象者の理由書』をご提出いただきます。					
	TEL		介護認定期間	平成・令和 年 月 日 から		平成・令和 年 月 日 まで				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている ( ) <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている ( ) * 入院・入所中の場合でも、その前の自宅の様子、どんな症状で入院になったのか等をご記入下さい。		<input type="checkbox"/> 施設や病院などに入っている 施設または病院名 _____ 所在地(市町村) _____ 入所・入院時期 平成・令和 年 月 日 から						
	周辺状況による	<input checked="" type="checkbox"/> 場所・時間がわからない(生年月日・年齢・季節感) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> もの忘れがひどい(物を取られたなど被害的になる) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転する事がある。 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 暴言・暴力がある <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 「家に帰る」などと言い、落ち着かなくなることがある。 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 椅子からずり落ちたり、転倒する事がある <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 色々なものを集めたり、無断で持ってくる事がある。 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し * そのほか気になる点がございましたら、具体的に様子を記入してください。 ( )								
	医療的処置の状況	今までにかかったことのある病気 _____ 現在治療中の病気等 _____								
	在宅サービスの利用状況	* できるだけ詳細に記入して下さい。サービス利用表の添付がある場合は記入不要です。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> デイサービス(通所介護) 頻度 回 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ(訪問介護) 頻度 1ヶ月( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 頻度 1ヶ月( 回/日 ) <input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所生活介護) 頻度 1ヶ月( 回/日 ) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル (品名・数 _____)								

介護者について	主たる介護者 <small>* 申込者と同じでなくともかまいません</small>			その他の介護者		
	フリガナ .....	性別	男・女	フリガナ .....	性別	男・女
	氏名	本人との続柄		氏名	本人との続柄	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日 ( 歳)	生年月日	明・大・昭	年 月 日 ( 歳)
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	介護可能性	介護困難・多少介護困難・介護可能		介護可能性	介護困難・多少介護困難・介護可能	
	住所	〒 -		住所	〒 -	
TEL	携帯		TEL	携帯		

介護の状況について	介護期間	<small>* 入所希望者が生活をするために他者の手伝いを必要とし始めた頃からの期間</small> 平成・令和 年 月 日から ( 年 ヶ月)				
	<small>* 介護の継続が困難な身体・ご持病などの状況を記入してください。</small>					
	■ 主に介護している方の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	( )		
	■ 主に介護している方の育児の状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	( )		
	■ 主に介護している方の家族の健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	( )		
■ 主に介護している方の就労状況	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	常勤・パート・その他 (勤務時間 時間)			

入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、障害や疾病の状況にあり介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢のため十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業しているため十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、育児または家族が病気の状況にあり十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護保健施設に入所しているが、替わりたいため
	<input type="checkbox"/> その他
<small>* あてはまる項目全部を選んで下さい。補足することがあれば空欄に記入してください。</small>	

申込み状況	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃に入所したい
	<input type="checkbox"/> シニアセンターのみ申し込む	<small>* 複数施設に申し込まれても入居順位には影響しません。</small>
	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定がある。	<small>* この欄をチェックされたら下の欄もご記入下さい。</small>
	◎ 既に申し込んでいる他の施設名	
	◎ 今後申し込む予定の施設名	
	◎ 特養の待機期間	年 ヶ月

説明確認同意	私は、入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。また、添付書類の認定調査票(写)の提供(閲覧)について、同意いたします。	
	令和 年 月 日	
	氏名	(印)

※ 「認定調査書(写)」・「介護保険被保険者証(写)」・直近3ヶ月分の「サービス利用表及び別表(写)」を添付してください。なお、今現在、他の施設に入所・入院されている方も、入院・入所される前にご利用された在宅サービスの「サービス利用表及び別表(写)」を添付してください。

※ 当施設では、本申込書で知り得た個人情報を入居に関する目的以外に使用することはありません。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。