

特別養護老人ホーム

社会福祉法人清水新生会共通様式

すみれ荘
かがやき荘

入所申込書

施設長	副施設長	事務長	受付担当者

申込日 令和 年 月 日 (曜日)

申込者 (申込書を記入された方)	ふりがな 氏 名
	住 所
	電 話 (市外)

特記事項(施設が記入)

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男 女	保 険 者 被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住 所			
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)		
介 護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)		
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医)		
申込み 希 望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設()() ・これから申込む施設()() * 居室の希望:すみれ荘(□多床室□従来型個室□どちらでも良い) かがやき荘(□ユニット型個室)		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

担当ケアマネージャーもしくは相談員より特養入所についてのご意見を記載してください(緊急性、虐待等)

事業所名		担当者氏名	
職種		電話	
意見など			

※ 裏面にも記入してください。

社会福祉法人 清水新生会

