

地域密着特別養護老人ホーム ルグネット大崎Tsumugi 入居申込書

年 月 日 申込 (初回・再提出:受理No.)

申込者氏名 (連絡先)	(フリガナ)	⑩	続柄	(生年月日) 年 月 日
住所	〒			
電話	ご自宅	携 帯 電 話		
	勤務先	名 称		

注) 本人の同意確認ならびに利用契約書に署名押印できない場合には、法定代理人(成年後見人等)の選任をお願いします。但し選任されていることが必ずしも利用を保証するものではありません。

注) 入居申し込みは本人及び家族そのほかとなりますが、裏面の同意欄と同じ場合は押印は不要です。

注) 電話等は今後の連絡先とさせていただきます。

地域密着特別養護老人ホームを利用したいので、次のとおり申し込みます。

氏 名	(フリガナ)	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡 満 歳	
		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	
現 住 所	〒 -	大崎市	電話番号 ()		
介 護 保 険	被保険者番号	保険者名	大崎市		
	要 介 護 度	<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			
	認 定 期 間	年 月 日 ~	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請中	
担 当 介 護 支 援 専 門 員	<input type="checkbox"/> いる	(フリガナ)			
	事 業 所 名	氏 名	<input type="checkbox"/> いない		
	電 話	()			
健 康 保 険	(種別・記号番号)				
年 金 等	(種別)	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金			
生活保護支給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	重 度 心 身 医 療 証 受 給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
障 害 者 手 帳 等	手帳の種類 (障害名)				
	判 定 級 (度)	年 月 日			
入 居 希 望 者 の 状 況	現 況	<input type="checkbox"/> 家族と同居()人 <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 一人暮らしで身寄りがない			
		◇ 主な介護者の住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 県内()市在住) <input type="checkbox"/> 県外()県 ()市在住)			
		◇ 現在利用しているサービスが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
		<input type="checkbox"/> ディサービス() <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 用具レンタル()			
		<input type="checkbox"/> ショートステイ() <input type="checkbox"/> 小規模多機能型介護等()			
		<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 自宅以外で生活している → 場所の名称及び時期などをご記入ください				
	<input type="checkbox"/> 病院 () 年 月 日 ~				
	<input type="checkbox"/> 施設 () 年 月 日 ~				
	<input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日 ~				
主 介 護 者	(フリガナ)	男・女	続 柄	同居・別居	就 労 週 (時間)
		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	
	住 所				
氏名(家族等)		続柄	年齢	同居・別居	住所(本人と同じ場合不要)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

主治医	氏名	医療機関名			
	所在地	電話			
入居希望者の状況	現病歴		既往歴		
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎等	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> その他感染症	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他
入居希望者の日常生活状況	◇認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 夜に騒ぐ				
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言(悪口を言う) <input type="checkbox"/> 暴力をふるう				
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 視力に問題がある 具体的に:(ほとんど見えない、目の前であれば見える、大きな文字・顔などは見える)				
	<input type="checkbox"/> 聴力に問題がある 具体的に:(ほとんど聞こえない、耳で話せば聞こえる、大きな声は聞こえる)				
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車イスを使用
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 刻み
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自宅で入浴 <input type="checkbox"/> サービス利用
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> パットを使用
	その他	<input type="checkbox"/> 補装具等を使用()			
入居希望者の理由等	※ 該当するものすべてに✓印、○で囲む等記入してください。				
	◇ 主たる介護者の状況				
	<input type="checkbox"/> 「要介護3」以上 <input type="checkbox"/> 「70歳」以上 <input type="checkbox"/> 「障害者」または「病氣療養中」 <input type="checkbox"/> 週20時間以上の就労をしている <input type="checkbox"/> 複数の介護を行っている <input type="checkbox"/> 就学前の育児を行って				
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により自宅で介護が困難な理由がある <input type="checkbox"/> 自宅での車イスの使用が困難 <input type="checkbox"/> 2階以上の階に住んでいるがエレベーターがない <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> その他介護が困難な具体的な事情がある <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入ください))					
※ <特記事項>・・・ご本人の生活歴など(出身地、仕事歴、婚姻、趣味、特技、その他)					
申込施設	※ 他に申し込んでおられる施設がございましたらご記入ください。				
説明確認及び情報収集に関わる同意書	・私は、施設への入居申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について職員から説明を受けました。 ・入居申込書に虚偽や過大な表現による記載があった場合、受理取り消しとなっても異議申し立て致しません。 ・施設が入居順位決定のため必要な範囲において、わたし(入居希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、今後の高齢者対策の参考とする為、宮城県および大崎市に報告提供することに同意します。 ・なお、入居申し込み後に本人の死亡、施設・病院への入居・入院その他の理由により入居の必要がなくなった場合には速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。				
	年 月 日	入居希望者名		㊞	
	同上家族氏名		㊞		