

(別紙1)

社会福祉法人 人と緑の大地  
特別養護老人ホーム入所申込書

施設長	受付日時	令和 年 月 日
		午前・午後 時 分
	受付者	

※太枠内は施設記入欄

申し込み施設	すずらんの園	古志乃里
受付番号		

申込者 (連絡先)

住所		生年月日	M・T・S 年 月 日
(フリガナ)		続柄	
氏名		電話番号	( )
申請理由 (利用者の状況と家庭介護の状況)			

特別養護老人ホームに入所したいので、次の通り申込みを行います。

入所希望者氏名	(フリガナ)	性別	男・女
		生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒 電話番号 ( )		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
	要介護度	要介護1 要介護2	要介護3 要介護4 要介護5
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健康保険	(種別・記号番号)		
年金等	(種別)		
障害者手帳等	手帳の種類 級(度) (障害名: )		
現況	自宅(単独・家族あり) 施設(病院)に入所(入院)中 名称 ( 年 月 日)		
利用中のサービス	ショート(月 日)デイ(週 日)ヘルパー(日 回) 訪問看護(週 回・内容)その他( )		
医療の状況	経管栄養(経鼻・胃ろう) カテーテル ストマ(人工肛門) 酸素療法 インシュリン 透析 気管切開 その他( )		
	現在治療中の病気・既往歴		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
			年 月 日~
			年 月 日~
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までには入所したい。 ※ 他施設の入所申込み状況 <input type="checkbox"/> すずらんの園・古志乃里のみに申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (他の施設名) _____		

担当介護支援専門員	氏名		事業所名		
家族構成					
氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）・電話番号	備考
日常生活動作			心身の状況		
移動	自立（独歩・杖・歩行器）車椅子（自操・介助）		会話	普通・どうか可・不可	
食事	自立・一部介助・全介助（形態）		床ずれ	無・有（部位：）	
排泄	自立・一部介助・全介助		視力障害	無・弱視（左・右）・全盲	
入浴	自立・一部介助・全介助		言語障害	無・少し不自由・不自由	
認知症	無・有（問題行動：）		聴力障害	無・少し不自由・不自由	
生活の状況					
身元引受人		印	続柄	電話番号 ( )	
住所	〒				
勤務先	電話番号 ( )				
<b>説明確認及び情報収集に係る同意書</b>					
<p>私は、貴施設への申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、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、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">入所希望者の家族 _____ 印</p>					
<b>留意事項</b>					
<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の介護老人福祉施設に入所した場合は、必ず当施設に連絡を下さい。</p> <p><b>【連絡先】</b> 特別養護老人ホームすずらんの園 〒954-0036 新潟県見附市田井町1, 715番地1 電話 0258-61-3520 FAX 0258-61-3521</p> <p><b>【連絡先】</b> 特別養護老人ホーム古志乃里 〒954-0045 新潟県見附市緑町20番1号 電話 0258-62-1600 FAX 0258-62-1601</p>					