

施設受付印

## 特別養護老人ホーム 戸倉の集い 入所申込書

〒380-0928  
 社会福祉法人 暖家  
 長野県長野市若里2-10-1  
 TEL:026-226-9485  
 FAX:026-267-7377  
 理事長 山田 幸恵

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

特別養護老人ホームに入所したいので、介護保険被保険者証(写)、過去2か月分の介護保険サービス利用実績表2ヶ月分(写)を添えて次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ		性別		被保険者番号	
	氏名		男・女		要介護度	
	生年月日		明・大・昭 年 月 日 ( )歳		要介護認定期間	
	現住所		〒 -		居宅介護支援事業所	
					TEL: ( )	
					担当ケアマネ	
	家族構成図				お申し込み者	
	◎…本人 ☆…主たる介護者 □…男性 ○…女性					
			フリガナ		氏名	
			連絡先		自宅電話	
				携帯電話		
		住所		〒 -		
		フリガナ		連絡先		
		氏名		住所		
		本人との関係		同居有無		
				有・無		
				有・無		
				有・無		
【主な病歴】						
<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> その他( )						
服薬		有・無				
主治医		病院名		担当医		



生活歴	(出身・趣味・生活の様子・退職前の職業など)
現在の状況	<p> <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。                      <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 訪問介護（週_____回）                      <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週_____回）  <small>（ホームヘルプ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護（週_____回）  <small>（夜間対応型ホームヘルプ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（週_____回） </p> <p> <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション（週_____回）  <small>（デイサービス／デイケア）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護（週_____回）  <small>（認知症対応型デイサービス）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（月_____回）  <small>（ショートステイ）</small> </p> <p> <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（週_____回） </p> <p> <input type="checkbox"/> サービス利用なし </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 施設に入っている。（入所した理由： _____ / 入所した日：平成 _____ 年 _____ 月から） </p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 特養（<input type="checkbox"/>従来型 <input type="checkbox"/>ユニット型）    <input type="checkbox"/> 老健    <input type="checkbox"/> 介護療養型    <input type="checkbox"/> 養護  <input type="checkbox"/> 軽費・ケアハウス    <input type="checkbox"/> 認知症対応型グループホーム    <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム  <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設）    <input type="checkbox"/> 障害者入所施設  <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） </p> <p>⇒入所・入居中の施設名〔 _____ / 連絡先： _____ 〕</p> <hr/> <p> <input type="checkbox"/> 入院している。（入院となった理由： _____ / 入院した日：平成 _____ 年 _____ 月から） </p> <hr/> <p> 入院となった理由： _____ </p> <p>⇒入院治療中の病院名〔 _____ / 連絡先： _____ 〕</p>