

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
戸倉の集い
長野県千曲市戸倉1922-1
TEL:026-214-1092
FAX:026-214-1095

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

特別養護老人ホームに入所したいので、入所調査票、認定調査票(写)、被保険者証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	平成/令和 年 月 日から 平成/令和 年 月 日まで	
	現住所	〒 -		介護3以上になってからの期間			
	ケアマネ事業所	事業所 TEL: ()		担当ケアマネ			
	家族構成図 ◎…本人 ☆…主たる介護者 □…男性 ○…女性				お申し込み者		
	フリガナ 氏名 連絡先 住所				フリガナ		
					氏名		
					連絡先	自宅電話	携帯電話
					住所	〒 -	
	フリガナ氏名		本人との関係	同居有無	連絡先		住所
				有・無			
				有・無			
				有・無			
	【主な病歴】						
医療状況							
□ 経管栄養(胃ろう・鼻腔) □ カテーテル □ インシュリン注射 □ 酸素療法 □ 人口透析 □ 人口肛門 □ 膀胱ろう □ 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） </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/令和 _____ 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 </p> <p> <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 </p> <p> <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設） <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 </p> <p> <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/令和 _____ 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>