

特別養護老人ホーム美土里荘 入所申込書兼台帳

申込者連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名			
	〒	-		
	住所			
電話	連絡可能 () 時間帯			

施設記入欄	受付日	年	月	日
	受付番号		受付者	
	(備考)			

※今後連絡を取る事が出来る方をご記入下さい

入所を希望する方の情報	フリガナ		性別	男	女	保険者(番号)			
	氏名			被保険者番号					
	生年月日	大・昭	年	月	日	要介護度	1・2・3・4・5		
	担当居宅		ケアマネ		認定期間	平成	年	月	日～
	自宅住所	<input type="checkbox"/> 申込者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 申込者と異なる(下記に記入)				電話番号	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ <input type="checkbox"/> 申込者と別(下記に記入)		
		〒	-						
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身生活(独居) <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしているが高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や施設に入所・入院している(下記に記入)							
		施設等の名称				所在地(住所)			
		期間	年	月	日から	電話番号			
	入所申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労しており、昼間独居となることから十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が出来ていないため <input type="checkbox"/> 居住環境等の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所する必要があるが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他()							
本人意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難				申込者意向	<input type="checkbox"/> すぐにでも入所させたい <input type="checkbox"/> 入所可能になったら連絡が欲しい <input type="checkbox"/> 将来のために申込みをしておきたい			

