

標準様式 1

指定介護老人福祉施設 <特別養護老人ホーム>入所申込書兼台帳

申 込 者	フリガナ:		施 設 記 入 欄	受付日	年 月 日
	氏 名:			申込書受渡し日 (郵送含)	年 月 日
	〒	続柄		受付番号 (各施設)	
	住 所:			受付施設 (担当者)	
	電話番号:			法人名	鳥取県厚生事業団
	携帯番号:			入所申込施設 (複数申込み可)	鳥取市伏野1771-36
	<ul style="list-style-type: none"> <li>今後連絡等は、申込者の方にさせていただきます。</li> <li>入所申込みについては、法人内特養施設に同時申込みとさせていただきます。各施設から問い合わせの連絡が入ることがありますので、ご了承ください。</li> </ul>				ふしの白寿苑
【施設概要】		鳥取市湖山町西3丁目113-1			
ふしの白寿苑 (ユニット型個室70床)		いこいの杜			
いこいの杜 (ユニット型個室80床)		倉吉市巖城920-1			
巖城はごろも苑 (多床室150床)		巖城はごろも苑			
皆生みどり苑 (ユニット型個室80床、多床室20床)		米子市皆生新田2-3-1			
		皆生みどり苑			
本 人 の 状 況	居室希望 (どちらかに○してください)		( ) ①個室	( ) ②多床室 (2人部屋)	
	フリガナ		性 別	介護保険負担限度額認定証: あり なし	
	氏 名		男・女	第1段階 (生活保護、老齢年金受給者) 第2段階 第3段階	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	保 険 者 (番 号)		
	要 介 護	年 月 日 から	被 保 険 者 番 号		
	認 定 期 間	年 月 日 まで	要 介 護 度	1・2・3・4・5	
	自 宅	〒	電 話		
	住 所		番 号		
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院入所中			
	※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院等の名称	住 所	〒	
	入所・入院期間	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為 <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為 <input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、(屋間独居で常時の)十分な介護が困難な為 <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ない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護が出来ない為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為 <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為 <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい為				
	※要介護度が1, 2の方のみ記入	居室において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない理由			
	本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 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"/> 理解困難			

本人の状況	担当ケアマネージャー名		居宅介護支援事業者名	電話番号	
	居宅サービスの利用の有無				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( ) <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル			
		<input type="checkbox"/> その他 ( )			
		治療中の病名			
受診している医療機関					
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる ( 箇所)				
	すでに申し込んでいる他の施設名				
	今後申し込む予定の施設名				
主たる介護者の状況	フリガナ				
	介護者名	住所			
	続柄 ( ) 年齢 ( )	電話番号			
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし				
意見等(現在の介護で困っている事等)					
入所申込に際し、入所申し込みから入所契約までの手続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。 令和 年 月 日 氏名 続柄 ( )					
同意書	今後、指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への入所申込者の状況を調査するために、氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者（市町村）に報告する事に同意します。				
	令和 年 月 日 氏名 (代筆者 氏名 )				