

介護保険被保険者証(写)を
貼り付けてください。

介護保険負担限度額認定証を
お持ちであれば
写しを貼り付けてください

高知県南国市岡豊町小籠359番地1
TEL 088-863-2551
FAX 088-863-2689



(様式1)
 介護老人福祉施設
 特別養護老人ホーム
 土佐清風園
 施設長様

入所申込書(ご家族用)

申込日 年 月 日
 初回申込日 年 月 日

申込者
 住所 〒 -

氏名 (入所希望者との関係)
 電話 () -
 携帯電話 () -

ふりがな	性別		明治						
	男	女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 満 歳					
住所	〒 - 電話番号 - -								
介護保険	被保険者番号(10桁)	保険者	保険者番号(6桁)	要介護度	負担段階				
	認定期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日							
健康保険	加入医療保険	標準負担減額認定証	特定疾患医療受給者証	身体障害者手帳	高齢障害医療受給者証				
	種別(該当に○)	被保険者番号	有	適用区分	有	受給者番号	有・無	級	種
	後期高齢者 国保		無		無		番号		号
収入状況	年金等	(種別) (支給年額)							
		(種別) (支給年額)							
		生活保護受給	有・無	担当福祉事務所	担当ワーカー名				
現況(在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で二人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している								
	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している(施設種別をチェックして名称・時期などをご記入してください) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他() 施設又は病院名: 入所又は入院時期: 年 月 頃								
医療の状況	現病名()								
	病歴()								
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ベースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()								
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状() <input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある								
	移動…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()				
	食事…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食				
	排泄…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()				
	入浴…	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					

入所希望の時期及び理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就業しているため、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため(具体的な内容:) <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ため <input type="checkbox"/> その他() ※該当するもの全てに、レ印等を記入して下さい その他具体的な状況(経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性等を詳しく記入して下さい)				
	主治医	医療機関名:		主治医氏名:	
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所名:	担当者名:	
	身元引受人	ふりがな	希望者との関係	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 満 歳
		住所	〒 -		
電話		自宅	携帯	連絡可能時間 午前 : ~ 午後 :	
連絡先	ふりがな	希望者との関係	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 満 歳	
	住所	〒 -			
	電話	自宅	携帯	連絡可能時間 午前 : ~ 午後 :	
個人情報取得・提供の同意	入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入所希望者の情報を提供することに同意します。 なお、入所申込後に入所希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。 入所希望者 氏名 (印) 家族等 氏名 (印)				
※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。					