

入 所 申 請 書

特別養護老人ホーム 愛光園 園長 殿

下記のとおり、愛光園への入所を希望し申請します。

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

入 所 者	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
	住所	TEL 携帯						
	介護保険 被保険者番号	要介護 認定年月日		平成 年 月 日				
	介護保険 保険者番号	保険者名						
希 望 者	認定の有効期間		平成 年 月 日 ~ 年 月 日					
	要介護度	1・2・3・4・5 ※要介護1, 2の方は、以下のいずれかに該当する場合のみ入所(特例入所)が可能です。 該当する場合にはその内容に☑をし、()内に詳しい状況をご記載下さい。記入が無い場合、「特例入所」に該当しないとみなされ入所対象から外れますのでご了承ください。 <input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である <input type="checkbox"/> 単身世帯等家族等の支援が期待できず、地域での介護サービス等の供給が不十分である 【特記事項】						
	他施設申込	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり又は予定(施設名)						
	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり又は予定(事業者名・氏名)						
申 込 先	住所	TEL 携帯						
	ふりがな 氏名	入所希望者との続柄						
入 所 希 望 者 等	入所希望時期: <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他()							
	入所希望理由 (複数選択可)							
	<input type="checkbox"/> 1. 身寄りも介護者も全くいない。 <input type="checkbox"/> 2. 主たる介護者が遠方または病気で長期入院中 <input type="checkbox"/> 3. 主たる介護者が要介護状態 <input type="checkbox"/> 4. 主たる介護者が高齢者・障害者または疾病があり在宅療養中 <input type="checkbox"/> 5. 主たる介護者が要支援状態 <input type="checkbox"/> 6. 主たる介護者が育児中または複数の被介護者がいる <input type="checkbox"/> 7. 主たる介護者が就業している(週20時間以上) <input type="checkbox"/> 8. 主たる介護者が就業している(週20時間未満) <input type="checkbox"/> 9. その他()							
希 望 者 等 の 状 況	認知症、知的・精神障害等による症状、状況				医療に関する状況			
	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食行為				<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 現在治療中の病気() <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 1人で出たがる <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 外出して戻れない <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 日常生活自立度Ⅲa以上				現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院(名称:) 入所・入院期間(年 月 ~ 年 月)			
身体・精神的状況							施設使用欄 (申請辞退等) 申出日 平成 年 月 日	
介護上困難な状況・その他特記すべき状況をご記入下さい							理由 <input type="checkbox"/> 辞退 <input type="checkbox"/> 施設等入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※施設や病院等に居られる方については、在宅時を想定してご記入下さい。
 ※この申請書は、当施設において入所申込み以外に使用することは一切ございません。
 ※入所希望者の実数を把握する為、宮城県が申請書記載の個人情報収集し利用することがあります。