

特別養護老人ホーム青山荘 入居申込書

申請年月日	令和 年 月 日	令和3年9月15日版
(フリガナ)		
入居希望者氏名	男・女	大・昭 年 月 日 (歳)

現住所	〒 - -	電話番号 () -
★ (住所変更同意 有・無)		

↓ 同意無の場合は理由

被保険者番号		※
要介護度	1・2・3・4・5	有効期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日
更新	1・2・3・4・5	有効期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日
更新	1・2・3・4・5	有効期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日
区分変更申請日	R 年 月 日	暫定介護度 1・2・3・4・5

※ 本申込書の有効期限は、上記記載の要介護認定の有効期間までとなります。

申込継続を希望される方は、新しい要介護度と有効期間を電話にてお知らせいただくか、更新介護保険証のコピーの持参をお願いいたします。

2年を経過しても連絡がない方については、入居を辞退したものといたします。

申込理由	本人の状況が変化し、生活が困難 ・ 介護継続困難 ・ 介護者不在 特記()
------	---

◎ 介護度1・2の入所申込の場合は、以下に○をつけ選択してください。

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動がある。
(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等)
- ② 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・行動がある。
(暴言暴行、常時徘徊、自傷行為、不潔行為等)
- ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。
- ④ 単身世帯、もしくは、同居家族が高齢又は病弱であること等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

現在の居住場所	病院 ・ 療養型 ・ 有料老人ホーム ・ グループホーム ・ 自宅 ・ その他 自宅以外はその名称 ()
---------	--

入居希望者の属する世帯員状況	続柄	年齢	職業
世帯主			

※同居以外の子供、親族は以下へ記載をお願いいたします。

氏名	続柄	年齢	住所	電話番号

かかりつけの病院	つがる総合()、白生会、増田、健生、その他()
----------	---------------------------

※ 入院中の場合は、おおよその退院予定日 【 確 定 ・ 未 確 定 】

未確定の場合は、仮申し込みとなります。おおよその退院予定日が確定しましたらご連絡ください。

入居後は、運営基準上、囑託医の健生五所川原診療所が健康管理を行います。入居判定会議が近づけば健康診断書の提出をお願いします。料金、通院先等については、看護師から電話でお知らせします。

現在の主な病気			
健康状態	熱や血圧に変動がある ・ 状態は安定している ・ 時に不安定		
認知症状	無 ・ 有 (主な症状)		
歩行等	自力歩行 ・ 杖方向 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自立・介助) ・ 寝たきり状態		
排泄	自立 ・ 尿器 ・ おむつ ・ パルーン		
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	経管栄養(胃ろう・鼻腔)	
食事形態	普通食・その他()		

他施設への申請状況(第1希望から順に)

①	②	③
---	---	---

※ お急ぎの方は、複数の施設への申込をお勧めしています。

担当居宅介護支援事業所	名称	TEL()	-
	担当ケアマネジャー		

★ 医師意見書のコピーの提供を依頼する

在宅サービス利用状況(利用している場合は、事業所の名称、回数)

訪問看護	(名称 週 回)	訪問リハ	(名称 週 回)
訪問介護	(名称 週 回)	通所介護	(名称 週 回)
短期入所	(名称 週 回)	その他	(名称 週 回)

年収状況(必須要項)	種類	年額、又は、月額	
	老齢年金(国民・厚生・共済・その他)	約	
障害年金(国民・厚生・共済・その他)	約		円
その他(国民・厚生・共済・その他)	約		円
	合計		円

居室の種類	ユニット個室(相部屋 … 本人の 可 ・ 否)	従来個室	多床室(限定の有 ・ 無)
-------	--------------------------	------	----------------

利用料金 支払い方法	現金窓口払い ・ 口座振替
------------	---------------

申し込み者	住所 (入居希望者と同じ住所の場合は、同上とする)	入居希望者との続柄()
	氏名	電話番号 () -
		職業
身元引受人		

本人の入居への同意	有 ・ 無(理由)
-----------	------------