ローズヒル東八幡　入所申込書

申込日	年　月　日	受付日	年　月　日
※受付後5年間保存します		受付時刻	午前 ・ 午後　時　分

ローズヒル東八幡　施設長殿

申込者（連絡先）

住　所	〒		
フリガナ		電話番号	自宅
氏　名			携帯

特別養護老人ホーム　ローズヒル東八幡に入所したいので、次の通り申し込みます。

入所希望者の状況	（フリガナ）		性　別	男　・　女
	氏　名		住民登録	市・区・町・村
	現　住　所	〒 電話		
	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）		
	健康保険	種　別	記　号	
	年　金　等	種　別		
	障害手帳等	□ 有　□ 無 手帳の種類 （障害名　） （判定　級（度）　年　月　日）		
	介護保険	被保険者番号		
		□ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3　□ 要介護4　□ 要介護5 【要介護1、要介護2の方へ】 要介護1、又は要介護2の方が特別養護老人ホームに入所するには、居宅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事由があると認められることが必要です。 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・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる、②知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる、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単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である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、という事情がある場合には、そうした事情がわかるように、次ページ以降の各欄に具体的な状況を記載してください。 （認定期間）　年　月　日～　年　月　日		
	現在利用している施設、サービス等	□ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している □ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している □ 自宅で暮らしている （施設に入所（入居・入院している場合） 施設名または病院名（所　在　地）：　市・区・町・村 入所又は入院期間：		

※　氏名、生年月日、被保険者番号、要介護認定については、被保険者証の内容に合わせて記載してください。

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービス ※1　該当すものをすべて選んでください。 ※2【　　】内に事業所名を記入してください。	□ 訪問介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 訪問入浴介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 訪問看護　（月に　　回程度）【　　】 □ 訪問リハビリテーション　（月に　　回程度）【　　】 □ 居宅療養管理指導　（月に　　回程度）【　　】 □ 通所介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 通所リハビリテーション　（月に　　回程度）【　　】 □ 短期入所生活介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 短期入所療養介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　（月に　　回程度）【　　】 □ 夜間対応型訪問看護　（月に　　回程度）【　　】 □ 認知症対応型通所介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 小規模多機能型居宅介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 看護小規模多機能型居宅介護　（月に　　回程度）【　　】 □ 福祉用具の賃与・購入費支給 □ 住宅改修の支給 □ その他の生活支援　【　　】
	認知症・精神の症状	□ 年齢相応のもの忘れを有するが、日常生活はほぼ自立している □ 認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している □ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる □ 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする □ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする □ 著しい精神症状や問題行動が見られ、精神科に通院している （特記事項） --- --- ---
	担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ（ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ）	氏名　　電話番号 事業所名
家族や住居等の状況	主な介護者	（フリガナ）　　性別　年齢／生年月日（　　歳） 氏名　　男・女　明・大・昭　　年　　月　　日 同居の区分：□ 同居　□ 別居 住所 〒 自宅　（　　）　携帯　（　　） 入居希望者との関係：□ 配偶者　□ 子　□ 子の配偶者　□ 兄弟姉妹　□ その他（ 他の介護者：□ 配偶者　□ 子　□ 子の配偶者　□ 兄弟姉妹　□ いない 住所 〒 自宅　（　　）　携帯　（　　） 意見：（介護をしているうえで特に困っていること）