

利用入所申込書

 サテライト桃源荘 特別養護老人ホーム

 サテライト桃源荘 短期入所施設

 サテライト桃源荘 デイサービスセンター

 サテライト桃源荘 認知症デイサービスセンター

 特別養護老人ホーム桃源荘

 桃源荘 短期入所施設

申込日		平成 年 月 日	
ご利用者	ふりがな		
	名 前		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢 歳
	住 所	〒 電話 ()	
緊急連絡先 ご家族様	ふりがな	利用者との関係	
	名 前		
	住 所	〒 電話 () 携帯電話 ()	
介護保険	保険者名		介護保険 被保険者番号
	市(区)・町・村		
	済・未 認定結果 ()		認定日 年 月 日
	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
居宅介護支援事業所		担当 ケアマネジャー	
ご本人の状況	医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 麻痺(部位) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> 認知症(無・軽度・中度・重度 行動障害等:) [主な既往歴] ()	
	手 帳	<input type="checkbox"/> 障害者手帳() <input type="checkbox"/> 療育手帳 ()	
	歩行状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす 車への乗降可能(可・否)	
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている 同居されている方【配偶者・子供()・その他()】 <input type="checkbox"/> 特養に入っている <input type="checkbox"/> 老健・療養型施設や病院等に入っている 施設名又は病院名: 入所・入院時期: 年 月から	

裏面へ続く

住宅状況	戸建住宅 ・ 集合住宅の 階 (エレベーター 有 ・ 無)
入所希望する理由 [該当項目]をすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため (独居) <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等により、十分な介護が困難なため (高齢者世帯等) <input type="checkbox"/> 介護者が就労・育児等していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠距離に在住、介護が望めないため <input type="checkbox"/> 同一世帯に要介護状態、病気療養中等介護を要する者が複数おり、介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での生活が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()
居室の希望 (特) 桃源荘のみ	個室 ・ 4人部屋 ・ どちらでも良い

年月日	入所申込み受付後の状況	担当職員

受付年月日	平成 年 月 日	受付者氏名	印
特記事項			