

利用入所申込書

特別養護老人ホーム桃源荘

桃源荘 短期入所施設

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|---|----|-------|---|--|----|-----|------|-----|
| 申込日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| ご利用者 | ふりがな | | | | | | | | | 性別 | | | | | |
| | 名前 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| | | 年 月 日 から | | | | | 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"/> 杖 | <input type="checkbox"/> 車いす | <input type="checkbox"/> 常時臥床 | 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、病气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 | 令和 年 月 日 | 受付者氏名 | Ⓔ |
| 特記事項 | | | |