

介護老人福祉施設 山翠苑 入所申込書

山翠苑施設長殿

申込日 令和 年 月 日 受付担当者 印

申込者 (連絡先)	フリガナ 例(長男)	特記事項(施設が記入)
	氏名 続柄	
	住所 〒	
	電話 自宅 その他連絡先	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

氏名	フリガナ 男	介護保険 被保険者番							
	女	要介護度	1・2・3・4・5・未認定						
生年月日	M・T・S 年 月 日 歳	有効期限	～						
住所	〒 申込者と同じ住所の場合は「同上」で結構です								
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす (家族構成)								
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名)								
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(医療機関名 時期 年 月から入院)								
	介護レベル(自立・少し介助必要・食事、排泄など介助必要・全介助) 性格(おとなしい・普通・頑固)								
介護	身元引受人名(続柄) 同居していない家族の協力(あり・なし)								
	<input type="checkbox"/> 介護する人が(いない・高齢・就労中・育児中)で自宅では困難(介護を始めた時期)								
	<input type="checkbox"/> 現在、受けているサービス(デイサービス・ホームヘルパー・その他) 回数()								
	移動(独歩・杖・老人車・歩行器・車イス) 動作(自立・ふらつき・手すり・車イス自走・一部介助・全介助)								
認知	排泄(自立・尿瓶・紙パンツ・ポータブルトイレ・紙オムツ) 入浴(自立・一部介助・全介助)								
	食事(自立・一部・全介助) 食事形態(普通・おかゆ・刻み・ミキサー) 嗜好(タバコ・お酒・なし)								
	認知症(なし・軽度「物忘れなど」・中度「名前や食事したのを忘れる」・重度「意思疎通が困難」)								
医療	認知の状態(同じことを何度も言う・独り言・暴言・暴力・介護に抵抗・徘徊・異食・昼夜逆転・意欲なし)								
	(その他)								
申込み 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素								
	現病歴など (かかりつけ医)								
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む(施設名) <input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む								

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 同じ敷地 <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていることなど	

在宅サービスを利用の方は居宅介護支援事業所名	担当ケアマネ
長期ショートステイ希望(なし・あり)	介護保険負担限度額認定書の有無(1段階・2・3・4)
関連施設ケアハウス入所希望(なし・あり)	その他手帳等()月々の年金額(約)

同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。		
	令和 年 月 日	氏名	(印)

個人情報に関しては、施設申込書類以外には使用いたしません。
 ※ 申込の際には、介護保険証の(写し)、介護保険負担割合証の(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写し)
 ※ 要介護度の変更、連絡先の変更、申込み終了(移転、他の施設に入所、死亡)などがありましたら
 随時ご連絡ください。〒918-8221 福井市堅達町24-1 山翠苑 電話0776-53-2586 FAX0776-53-3813