

[①]特別養護老人ホーム入居申込書

申 込 日	令和 年 月 日
受 付 日	令和 年 月 日

【申込者】

特別養護老人ホームレイクタウンの杜 施設長様

住 所	〒	
(ふりがな) 氏 名		本人との関係
電 話 番 号	()	
携 帯 番 号	()	

特別養護老人ホームレイクタウンの杜へ入居したいので、次のとおり申し込みます。

本 人 の 状 況	(ふりがな) 氏名		性別	保 険 者	
			男	被保険者番号	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	女	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	住 所	〒		介 護 認 定 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	現在の状況 (直近3ヶ月)	1 在宅サービスを利用【 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他】 ・利用頻度：週 回程度、または月 回程度 2 【 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設へ入所 <input type="checkbox"/> 病院等へ入院】 している ・入所・入院期間：平成 ・ 令和 年 月頃～ 3 その他 ()			
	居宅介護支援事業所 ケアマネージャーの利用	1： 利用している。 2： 利用していない (事業所名： 担当者名：)			
	優 先 入 居 を 希 望 す る 理 由	1 介護者がいない（音信不通や長期入院、施設入所など） 2 介護者がいるが、介護が困難な状況にある 3 地域の介護サービス等に不足がある（複数回答可）※1 <input type="checkbox"/> 夜間の介護サービス <input type="checkbox"/> 往診や訪問介護等医療系サービス <input type="checkbox"/> 常時の見守り <input type="checkbox"/> 家事支援等の安価なサービス活動 4 その他 ()			
	認知症等による行動障害 (入居申し込みについて P2参照)	ときどき見られる行動の番号： 頻繁に見られる行動の番号：			
	障害者手帳	1： 有 (障害の種類： : 級) 2： なし			
	医療的処置の状況	現在治療中の病気等の番号（複数回答可） <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛 <input type="checkbox"/> 酸素治療 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> カテーテル 摂取している薬及びその頻度： ()			

※1 金銭面及び負担限度額による不足を除く。

負担割合証		<input type="checkbox"/> 1 割負担 <input type="checkbox"/> 2 割負担 <input type="checkbox"/> 3 割負担		
負担限度額認定証		<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 不明		
主 介 護 者 の 状 況	主たる 介 護 者	(ふりがな) 氏 名	性別 本人との関係	
		生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (歳)	
		同 居 区 分	1 同 居 2 別 居 (住所:)	
	介護期間	平成・令和 年 月頃 ~ 平成・令和 年 月頃まで		
	主たる介護者の状況			
	就労の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (正社員・短時間パート等)		
	育児の状況 (18歳以下)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳、_____ 歳、_____ 歳、_____ 歳)		
	障害や介護状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害名 (_____)、要介護度 (_____)		
複数の 要介護者がいる	入居希望者以外に、 <input type="checkbox"/> 1人 要介護度 (_____)			
	<input type="checkbox"/> 2人以上 要介護度 (_____)			
そ の 他	入居希望者様の 家族・親族等 相関関係	※ご本人様の同居家族、申込者まで含めた、家族・親族の相関関係を記入ください		
		1 配偶者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		2 子 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 人)		
	3 兄 弟 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本人除き _____ 人)			
	入居を希望する時期	1 今すぐ入居を希望する		
		2 令和 _____ 年 _____ 月頃までには、入所したい		
他施設への申込状況	1 なし			
	2 他に施設に申し込んでいる (下記に分かる範囲で記載ください)			
	施設名①: _____	施設名②: _____		
やむを得ない事情により居宅 において日常生活を営むこと が困難である理由	※要介護1, 2の方のみ記載			
	該当する特例入居要件 ア・イ・ウ・エ			
	別表をご確認の上、該当する要件を選択してください			
説 明 確 認	<p>私は、入居申込の際、入居に関する手続き及び入退所の必要性を評価する基準等について、説明を受けました。</p> <p>また、特例入居について説明を受け、要件の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>			

【③】施設サービス利用に係る情報提供同意書

特別養護老人ホームレイクタウンの杜の入居に当たり、私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的

- ① 入居申し込みに関わる施設入居判定会議での情報提供
- ② 入居者の施設サービス計画を立案するためのサービス担当会議での情報提供
- ③ 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整において必要になった情報提供

2. 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は最小限とし、提供にあたっては関係するもの以外の者に漏れることの無いよう、細心の注意を払うこと
- ② 個人の情報を使用した会議内容、経過を記録しておくこと

(点線内を記入してください)

令和 年 月 日

入居希望者氏名

住所

入居希望者家族氏名

住所

〒343-0826
埼玉県越谷市東町3-439-1
社会福祉法人 青樹会
特別養護老人ホーム レイクタウンの杜
施設長