

申込日 令和 年 月 日

入 所 申 込 書

医療法人 山村会
山村介護医療院 和様

申込者 〒

住所 _____

氏名 _____ 印(続柄 _____)

電話番号 _____

入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											M T S 年 月 日 (満 歳)	
	氏 名	男 女											生年月日
	住 所	〒 _____										電話番号 _____	
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
		被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										保険者
		認定期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日										
	健康保険	種別											障害者手帳 種類 判定
		記号番号											
	収入状況	年金等	(種別)					(支給年額)					
			(種別)					(支給年額)					
			生活保護受給					有・無					
	現 況 (在 宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> 有(内容 _____) <input type="checkbox"/> 無											
		<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している											
	現況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している(施設種別をチェックして名称・時期などをご記入してください)											
		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム											
<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他													
医療の状況	施設又は病院名					入所又は入院期間							
	現病名(_____)												
	病 歴(_____)												
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> C形肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他(_____)												
日 常 生 活 状 況	<input type="checkbox"/> 認知症がある 特記すべき症状(_____)												
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある												
	移動・・・	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(_____)								
	食事・・・	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食								
	排泄・・・	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他(_____)								
入浴・・・	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助										

入所希望の時期及び理由	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に入所したい(時期 頃) <input type="checkbox"/> 他施設入所申し込みをしている			
	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいないため			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就業しているため、十分な介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為(具体的な内容:)			
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為			
	<input type="checkbox"/> その他()			
	* 該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい			
	その他の具体的な状況(経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)			
医療・介護	主治医	医療機関名 主治医氏名		
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業者名	担当者名
連絡先	ふりがな		希望者との関係	生年月日 T S H
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
個人情報同意	入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。			
	なお、入所申込後に入所希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。			
		入所希望者 氏名		印
		家族等 氏名		印

* 入所申込受付には、入所申込書・介護保険被保険者証(写)等が必要となります。