

介護老人保健施設悠久荘 利用申込書（入所・短期入所）

※お申込みする際は、必ず介護保険被保険者証(写し)をご添付ください。

【入所希望者の状況】

入所希望者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生 歳
	住所	〒 ☎ ()		
介護保険	被保険者番号		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄		
	負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 未申請		
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 等級: 級 種	障害名称:		
経済状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯	本人所得: 年金(<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族) 円/年間		
	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	その他所得(<input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他) 円/年間		
	<input type="checkbox"/> 生活保護	世帯所得: () 円/年間		

【家族等の状況】

身元引受人	フリガナ		続柄		年齢	歳
	氏名					
	住所	〒				
緊急時等連絡先	フリガナ ①氏名 続柄() 歳	自宅	住所	☎ () 携帯		
	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	☎ ()		
	フリガナ ②氏名 続柄() 歳	自宅	住所	☎ () 携帯		
	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	☎ ()		
	フリガナ ③氏名 続柄() 歳	自宅	住所	☎ () 携帯		
	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	☎ ()		

【現在の状況と入所後の方向性】

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 : 通院中の病院・医院名()					
	<input type="checkbox"/> 入院中 : 病院名()病院 入院日(年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名() 入所日(年 月 日)					
希望内容	<input type="checkbox"/> 施設入所 : 希望期間()ヶ月間 <input type="checkbox"/> 短期(ショートステイ)					
	希望居室 : <input type="checkbox"/> 個室A <input type="checkbox"/> 個室B <input type="checkbox"/> 個室C <input type="checkbox"/> 二人部屋D <input type="checkbox"/> 二人部屋E <input type="checkbox"/> 四人部屋					
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> その他() : <input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸					
在宅生活上の問題点	<input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> 介護者が高齢 <input type="checkbox"/> 介護者が病気					
	<input type="checkbox"/> 家庭内不和 <input type="checkbox"/> 住環境問題(段差が多い等) <input type="checkbox"/> その他()					
退所先	<input type="checkbox"/> 在宅復帰予定 : <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅					
	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他()					
他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 施設名()					
	申込日()					

【サービス利用目的】

サービス利用をご希望される目的について、該当するものすべてに○印を付けて下さい。また、入所申込をされる理由として、特に伝えておきたいがあれば、具体的に記述欄にお書き下さい。

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 本 人 | 1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい。 |
| | 2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。 |
| | 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。 |
| | 4. その支障は、介護している人やご家庭が困難を感じているから |
| | 5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから |
| | 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から |
| | 7. ほかの人から勧められたから |
| | 8. とにかく在宅での生活が困難だから |
| | 9. その他() |

記述欄 []

- | | |
|-----|-----------------------------------|
| 家 族 | 1. 今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい。 |
| | 2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。 |
| | 3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。 |
| | 4. その支障は、介護している人やご家庭が困難を感じているから |
| | 5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから |
| | 6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から |
| | 7. ほかの人から勧められたから |
| | 8. とにかく在宅での生活が困難だから |
| | 9. その他() |

記述欄 []

サービスを利用してことで、どの様な目標を達成できればよいとお考えですか？

また、サービスを利用されるにあたり、私達にどの様な要望がありますか？ごく簡単に結構ですので、お書き下さい。

例えば、「車椅子から便器へ自力で乗り移りができるようになれば…」、「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい」、「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法を知りたい」、「今よりは少しでも介護の手間が少なくなるものならば…」などのことです。

本 人

家 族

【担当ケアマネジャー】

事業所名		担当者名	
------	--	------	--

【緊急時搬送病院】

搬送先病院名	
--------	--

【申込記入者】

記入日	令和 年 月 日	記入者	氏名	続柄()
-----	----------	-----	----	-------