

特別養護老人ホームシンパシー入所申込書

特別養護老人ホーム シンパシー 施設長様

入所希望者	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日 (年齢)	
			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 -		電話番号	() -

申込者(連絡先)	氏名	(ふりがな)	ご本人との続柄		
	住所	〒 -		電話番号	自宅: 携帯:

◆阿賀野市に住所のある方のみご記入ください◆

居室のご希望	<input type="checkbox"/> 多床室 (4人室・2人室) を希望する <input type="checkbox"/> ユニット型個室を希望する (本館・新館のいずれかになり、原則としてお選びいただけません) <input type="checkbox"/> 多床室でもユニット型個室でもどちらでも良い
--------	---

注：地域密着型多床室 (4人室・2人室) は阿賀野市の方のみ対象となります。
阿賀野市外の方は、新館 (広域型) ユニット型個室のみとなります。

介護保険	被保険者番号			保険者名	阿賀野市 その他 ()
	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				
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで				
	負担割合	1割 ・ 2割		負担限度額認定	1・2・3・4 段階	
担当 介護支援専門員	事業所名					
	氏名			電話番号	() -	
現況	<input type="checkbox"/> 在宅：利用中のサービス ()					
	<input type="checkbox"/> 病院、施設に居る 病院・施設名 (H 年 月 日~)					
医療の状況	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 褥創の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <病歴>					
	◇感染症の有無/ 無・有 () ◇結核の既往/ 無・有					
	主治医					
定期受診の状況 (多科受診している方は全て記入してください)						

家 族 構 成 等	<input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 同居世帯家族				
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）
◎ご本人の子ども（別世帯）					
氏名	続柄	性別	生年月日	住所、職業等	

留 意 事 項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホームに入所した場合や入所希望者が死亡された場合は、当施設までご連絡をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">【連絡先】 特別養護老人ホーム シンパシー</p> <p style="text-align: center;">電話：0250（62）9180 F A X：0250（62）9181</p> <p style="text-align: right;">担当者：生活相談員</p>
------------------	--

説 明 及 び 情 報 収 集 に 係 る 同 意	<p>私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のために必要な範囲内において、わたし（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また、関係市町村に報告提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 入所希望者 印</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: center;">入所希望者の家族 印</p>
---	---

特 例 入 所 の 要 件 へ の 該 当 に 関 する 考 え	<p>入所申込者が、居宅において日常生活を営むことが困難なやむを得ない事由</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である</p> <p>上記要件の具体的な理由</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--