

# 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	男 ・ 女	生年月日 (年齢)	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◆ 阿賀野市外の方は(新館)広域型ユニット型個室での受け入れとなります。

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
--------	--

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・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日まで		
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	負担限度額認定	1・2・3・4段階
			ご本人の年金収入額	年間約 万円

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・R 年 月 日~)

医療の状況	【必要な医療】 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法		
	【感染症の有無】 無・有( ) 【結核の既往】 無・有		
	【治療中の病気、治療した病気】		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
			年 月 日~
		年 月 日~	
		年 月 日~	
	主治医(かかりつけ医)	定期受診の状況	

入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐに入所したい
	<input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい (入所を希望する理由等)

家族構成等	【世帯の状況】 <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					
	【同居しているご家族】					
	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（市町村）	職業	

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    FAX：0250（62）9181</p> <p style="text-align: right;">担当者：生活相談員</p>
------	--

説明確認 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;">令和    年    月    日      入所希望者      印</p> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> <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  (要介護1又 は要介護2の 方が入所を申 込む場合に記 入してください。)	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li><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</li> <li><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</li> <li><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。</li> <li><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</li> </ul> <p>上記要件の具体的な理由</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--