

新潟南福祉会 特別養護老人ホーム 入所申込書

申込者連絡先

申込者 氏名	(フリガナ)
	(続柄)
住 所	〒
電話番号	- -

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏 名	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
現 住 所	〒 Tel - -		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入省略)		
介護保険	被保険者番号	認定有効期間	
	要介護度	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
入所の意向	法人内3施設の入所希望順位 <input type="checkbox"/> 特に希望なし <input type="checkbox"/> 希望順位あり → 虹の里 (番) 花見の里 (番) 黒崎の里 (番)		

現 況

所在	<input type="checkbox"/> 在宅 (独居・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所中 → 施設(病院)名 _____ 年 月頃~		
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (管からの食事) <input type="checkbox"/> 点滴	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助 使用下着 (布パンツ・紙パンツ・紙オムツ)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半分介助 <input type="checkbox"/> すべて介助	
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で歩く <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使って歩く <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上でのみ過ごす	
	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 車いすを使用している方のみ <input type="checkbox"/> 自分で車いすに乗る <input type="checkbox"/> 介助にて乗る	
	認知症	<small>※認知症により現在出現している症状があったら、お書き下さい。(例: 落ち着きなく動き回る、等)</small>	
	既往歴 <small>(今までにかかった、大きな病気)</small>	年 月頃	年 月頃

特記事項 (ご家族の状況も含め、現在困っていることや施設入所を希望される理由等)

担当の介護支援専門員 (ケアマネージャー)	氏 名		連 絡 先	-	-
	事 業 所 名				

留 意 事 項 及 び 各施設の連絡先	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、または、他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず申し込みをした施設にご連絡下さい。</p>				
	<input type="checkbox"/>	<u>特別養護老人ホーム 虹の里</u>			
		住 所	新潟市西蒲区称名 825 番地		
		電 話	0256-86-3770		
	F A X	0256-86-3771			
	担 当 者	介護支援専門員 弦巻			
<input type="checkbox"/>	<u>特別養護老人ホーム 花見の里</u>				
	住 所	新潟市西蒲区大潟 198 番地			
	電 話	0256-88-5633			
	F A X	0256-88-5610			
	担 当 者	介護支援専門員 黒川			
<input type="checkbox"/>	<u>特別養護老人ホーム 黒埼の里</u>				
	住 所	新潟市西区金巻 728 番地			
	電 話	025-377-1116			
	F A X	025-370-6150			
	担 当 者	介護支援専門員 山崎			

情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申込みを行います。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲で、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村、担当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に同意します。</p>				
	平成 年 月 日				
	入所希望者氏名				㊞
	家族(申込者)の氏名				㊞

※申込書には介護保険証のコピーを添付して下さい。