

## 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	自宅	住所	〒 ( )		
	①氏名	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	〒 ( )	
	続柄( ) 歳					
	フリガナ	自宅	住所	〒 ( )		
	②氏名	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	〒 ( )	
	続柄( ) 歳					
フリガナ	自宅	住所	〒 ( )			
③氏名	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	勤務先名	〒 ( )		
続柄( ) 歳						

## 【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ことがあれば、具体的に記述欄にお書き下さい。

本人	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。</li> <li>3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。</li> <li>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</li> <li>5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから</li> <li>6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から</li> <li>7. ほかに人から勧められたから</li> <li>8. とにかく在宅での生活が困難だから</li> <li>9. その他( )</li> </ol> <p>記述欄 ( )</p>
----	---

家族	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. その支障は、身体機能に困難なことがあるから。</li> <li>3. その支障は、認知機能に困難なことがあるから。</li> <li>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</li> <li>5. その支障は、家の中の段差などの構造によるものから</li> <li>6. ひとつふたつではなく、いろいろな理由から</li> <li>7. ほかに人から勧められたから</li> <li>8. とにかく在宅での生活が困難だから</li> <li>9. その他( )</li> </ol> <p>記述欄 ( )</p>
----	---

サービスを利用することで、どのよう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、私達にどのよう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( )
-----	----	---	---	---	-----	----	-------