

施設長	副施設長	生活相談員	受付者

受付日: R 年 月 日

**※太枠内のご記入をお願いします。**

## 施設入所申込み書

室賀の里 施設長宛

申込者(代理人):	続柄( )
〒	
住所:	
電話番号:	

室賀の里への入所を希望しますので、申し込みます。

ふりがな		性別	
入所希望者氏名		男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日( 歳)
入所希望者住所	〒 Tel		
介護保険被保険者番号		有効期間	令和 年 月 日 まで 保険者
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 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中		
該当する、日常生活が困難な理由 ※要介護1および要介護2の方は、該当項目がない場合は入所申込みをすることは出来ません	<b>※要介護1または要介護2の方のみお答えください</b>		
	<input type="checkbox"/> 認知症で、日常生活に支障をきたすような症状等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身または高齢世帯であり、家族等の支援が期待できず、地域での介護等の供給が不十分である。		
<b>※すべての方、お答えください(該当項目ひとつにチェックをお願いします)</b>			
担当ケアマネジャー		事業所名	
利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護施設 <input type="checkbox"/> その他( )		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている 在宅生活でサービス(*)を (※)サービス…デイサービス、デイケア、訪問介護・看護・リハ、ショートステイなど <input type="checkbox"/> ほぼ毎日利用している。 <input type="checkbox"/> ショートステイをご利用の方 <input type="checkbox"/> 週4～5日サービス利用している。 <input type="checkbox"/> 定期的に利用 (月平均 日) <input type="checkbox"/> 週3日サービス利用している。 <input type="checkbox"/> 不定期利用 <input type="checkbox"/> 週1～2日サービス利用している。 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 施設や病院に入所、入院している 施設名・病院名 _____ 入所または入院時期: 平成・令和 年 月から入所・入院している		
生活状況	移動… <input type="checkbox"/> 歩行(杖、歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 食事… <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(口鼻腔・胃ろう) 排泄… <input type="checkbox"/> トイレ(自立・介助・Pトイレ、尿器) <input type="checkbox"/> 紙パンツ・オムツ 入浴… <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
医療状況	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 感染症 有・無(病名 ) <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】		

