

利用申込書

平成 年 月 日

老人ホーム様

申込者住所 〒

電話 ()

FAX

携帯

氏名

利用者との続柄又は関係 ()

次のとおり、サービスを利用したいので申し込みます。

利用者	住所	〒
	氏名	電話 ()
	生年月日	(男・女)
連絡先 *申込者と同じ 場合不要	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒
	氏名	電話 () 携帯
利用サービス	長期入所	

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、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。 平成 年 月 日 氏名 続柄()
-------	---

受付日	取扱者氏名	登載番号	担当
年 月 日			

*ご本人の認知症による日常生活の状態、正常～Mまでの内、あてはまるところに○をして下さい	<input type="checkbox"/> III	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見られ、介護を必要とする	
	<input type="checkbox"/> III ^a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	<input type="checkbox"/> III ^b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	
	<input type="checkbox"/> IV	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、常に介護を必要とする	
	<input type="checkbox"/> M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする	

親族・介護者等の状況 (該当する箇所に○をしてください)

単身の方について	<input type="checkbox"/>	利用者が住んでいる近隣に、介護する家族がいない
主な介護者について	<input type="checkbox"/>	介護者が要介護認定を受けている
	<input type="checkbox"/>	介護者に障害がある ⇒どのような状態ですか ()
	<input type="checkbox"/>	介護者に介護上困難な慢性疾患がある (病名)
	<input type="checkbox"/>	利用者の他に介護が必要な家族がいる ⇒他に介護が必要な家族は <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 長期治療が必要な病気がある <input type="checkbox"/> 障害がある
	<input type="checkbox"/>	主たる介護者が生計を支える為に就労をしなければならない
	<input type="checkbox"/>	その他 (ex: 育児等)

入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/>	入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している。
	<input type="checkbox"/>	入所希望者は在宅での生活を希望している。
	<input type="checkbox"/>	入所希望者の意向は確認していない又は確認できない。
	<input type="checkbox"/>	その他 ()

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/>	できるだけ早く入所したい
	<input type="checkbox"/>	6ヶ月～1年以内には入所したい
	<input type="checkbox"/>	在宅 (今いる施設・病院) での生活が困難になったら入所したい
	<input type="checkbox"/>	その他 ()

その他、利用者の日常の行動で困っていること、ご家族の希望・当ホームに望むことなどありましたらご自由にお書きください。

当施設が保管する入所申し込みに関する情報については、県または市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 _____

申込者氏名 _____