

# 施設入所申込書

次のとおり、

サンビレッジ宇治田原

への入所を申し込みます。

受付印	
受付	

入所希望者	フリガナ			保険者番号	市区																	
	氏名			被保険者番号	町村																	
	性別	男 ・ 女		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(	歳	)	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで												
	自宅住所	〒																	電話番号			
現在の居所	自宅等	居所																				
		居宅介護支援事業所	電話番号																			
		ケアマネージャー氏名																				
	介護保険施設・一般病院等	施設・病院等の名称	( 介護 ・ 医療 )		入所等の履歴	( 年 月 ~ 年 月 )																
		入所・入院期間	年 月 日 ~			( 年 月 ~ 年 月 )																
入所申込理由 ( 自宅で介護が困難な理由 )																						
他施設の申込状況 ( 予定含む )		( 年 月 日 申込 )																				
		( 年 月 日 申込 )																				
		( 年 月 日 申込 )																				
		( 年 月 日 申込 )																				
申請者	氏名				入所希望者との続柄																	
	住所	電話番号																				
連絡先	氏名				入所希望者との続柄																	
	住所	電話番号																				

\* 連絡先は、申請者と同じ場合は記載不要です。

同意書	今後、入所申込状況の調査のために、私の氏名・生年月日・住所・介護保険被保険者番号を、施設から保険者に情報提供することに同意します。																	
	令和	年	月	日	氏名													

- 添付資料 : 介護保険被保険者証 ・ ( 居宅サービス利用中の方は ) サービス利用表及び別表
- 注意事項 : 常時介護が必要で在宅で介護を受けることが困難など、入所の必要性が高い場合に申請してください。  
要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合には、すぐに施設にお知らせ下さい。

施設または介護支援専門員 記入欄

記入者				記入日	年	月	日	
身体 の 状 況	健康状態	現在治療中の病名						
		受診している医療機関						
		現在の病状等						
		過去に結核の既往歴		無 ・ 有 (時期: )				
	日常生活	移 動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( ) 〔 独歩 ・ 杖 ・ 手引き ・ 歩行器 ・ 手押し車 〕					
		食 事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )					
		排 泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )					
		入 浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )					
		着 脱 衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )					
		視 覚	見える ・ 見えにくい ・ 見えない ・ その他( )					
		聴 覚	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない ・ その他( )					
		意思伝達	できる ・ できない ・ その他( )					
		認知症	軽度 ・ 中度 ・ 重度					
		精神状態	正常 ・ 精神障害					
問題行動	ない ・ 時々ある ・ ある							
家族 に つ い て	主たる 介護者	氏名		年齢	入所希望者との続柄			
				歳				
	介護者の 状 況							
	同居	人 (配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他〔 ) )						
	別居	人 (配偶者 ・ 子 ・ 孫 ・ 親 ・ 兄弟 ・ その他〔 ) )						
家族の 状況等								

施設記入欄

記入者	説明	直接 ・ 電話 (	年	月	日)
特記事項					