

ケアハウス常心の里入居申込書

指定地域密着型特定施設入居者生活介護

ケアハウス常心の里 施設長 様

令和 年 月 日

申込者

- ご本人
- ご家族
- 代理人
()

住所	〒 -
フリガナ 氏名	
電話番号	()

貴施設に入居を希望します。

入居者

該当する□に✓印をつけて下さい。

フリガナ		性別	介護保険	
氏名		男・女	被保険者 番号	
			要介護度	1・2・3・4・5
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	要介護 認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
現住所	〒 -	指定居宅 介護支援 事業所	事業所名	
			ケアマネ ジャー名	
電話番号	()			
現況	<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。 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 ※施設や病院に入っている方は記入して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 施設名又は病院名:()所在地() <input checked="" type="checkbox"/> 入所又は入院期間:令和 年 月から入所・入院している。			
入居を希望する理由(該当するものを全て選んでください。)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」、「病気」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きき十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、生活や介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活や介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他()			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入居したい。 <input type="checkbox"/> 年 月頃入居したい。 <input type="checkbox"/> 一年以内に入居したい。			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 尿管留置 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他()			
	現病名や既往歴			
	病院名・診療所名等			
参考事項	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申込中(施設名) <input type="checkbox"/> 他施設にも申込み予定(施設名)		