

# 寿光園 入所 申込書 (記入例)

\*施設受付印

利用希望者及び申出者は、入所申込に関する内容について、施設が県または市町から状況把握のために提示等を求められた場合には、情報提供することに同意して申し込みます。

申込み区分 (希望されるほうに☑をしてく下さい。両方希望される場合は希望順位を記入して下さい。)

<input checked="" type="checkbox"/> ユニット型個室 (第 2 希望)	<input checked="" type="checkbox"/> 従来型 (多床室) (第 1 希望)
--	--

申込み者

氏 名		住 所・連絡先TEL	
利用希望者	ジュコウエン タロウ	〒×××-×××× 広島県山県郡安芸太田町大字〇〇〇〇番地 TEL (××××) ×××-××××	
	寿光園 太郎 ㊟		
利用希望者	ジュコウエン イチロウ	〒×××-×××× 広島県広島市〇〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番地 TEL (×××) ××× - ××××	
	寿光園 一郎 ㊟	続柄 長男	

利用希望者の状況

該当する部分に○印をしてく下さい。

生年月日	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日生 ○才	男・女	
現在の居所 該当するものに☑を付けてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 (独居) <input type="checkbox"/> 在宅 (家族等同居) <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
	自宅以外の場合 住 所 :		
施設名等 : 該当する部分に○印をしてく下さい。			
在宅サービスの利用状況	訪問系 (ヘルパー)                      1 カ月                      回位	その他のサービス利用 その他に該当するサービスを利用されている場合には記入ください。	
	通所系 (デイサービス)                      1 カ月                      4 回位		
	短期入所 (ショートステイ)                      1 カ月                      日位		
介護保険情報	要 介 護 度                      1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	介護保険被保険者番号                      3   4   〇   〇   〇   〇   〇   〇   〇   〇		
	居宅介護支援事業者                      〇〇〇居宅介護支援事業所                      担当ケアマネ                      山田 太郎		
医療的処置 主な病気・怪我で加療しているもの、又は加療したものを記入下さい。	病 名	入院・通院の病院名	期 間
	変形性膝関節症	〇〇整形外科	〇年 〇月～ 〇年 〇月
	肝機能障害	〇〇総合病院 内科	〇年 〇月～ 年 月
			年 月～ 年 月
かかりつけ病院・医師名	病院名 : 〇〇総合病院 内科                      医師名 : 〇〇〇 〇〇〇		

家族状況

該当する部分に○印をしてく下さい。

項 目	有無	同居	別居	有無の欄が有の場合は、同居・別居の欄の、配偶者には○を、その他の項目には人数を記入してください。
配 偶 者	有 ・ 無			
兄 弟 姉 妹	有 ・ 無	人	〇人	
子・子の配偶者	有 ・ 無	人	〇人	
孫	有 ・ 無	人	〇人	

主な介護者

氏名	寿光園 一郎	続柄	長男	年齢	〇〇才	TEL	×××-×××-××××
----	--------	----	----	----	-----	-----	--------------

この申込み書に関する連絡先（第一・第二連絡先まで記入）\*第一連絡先が優先連絡先

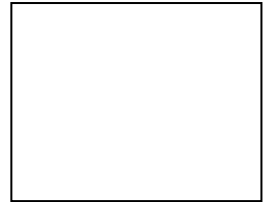
①氏名	寿光園 一郎	続柄	長男	TEL	×××-×××-××××
②氏名	寿光園 二郎	続柄	次男	TEL	×××-×××-××××

その他（該当事項がある場合に記入をお願いいたします。）

<p>医療状況 該当する事項がある場合 記入してください。</p>	<p> <input type="checkbox"/> 経管栄養                      <input type="checkbox"/> インシュリン注射  <input type="checkbox"/> 在宅酸素                      <input type="checkbox"/> 透析  <input checked="" type="checkbox"/> その他日常生活で継続対応が必要な特別な医療対応    （ 例：肝機能の数値の定期検診 ） </p>
<p>現在の介護で困っている事、将来への課題等ありましたらご記入願います。</p>	<p>-----  例：下半身の機能低下が顕著になっており、自宅での生活維が困難になってきている。  -----  -----</p>

添付書類 入所申込書と一緒に提出して頂きたい書類です。

- ・ 介護保険被保険者証の写し



# 寿光園入所申込書

利用希望者及び申出者は、入所申込に関する内容について、施設が県または市町から状況把握のために提示等を求められた場合には、情報提供することに同意して申し込みます。

## 申込み区分

<input type="checkbox"/> ユニット型個室 (第 希望)	<input type="checkbox"/> 従来型 (多床室) (第 希望)
---	---

## 申込み者

	氏 名	住 所・連絡先Tel	
フリガナ 利用希望者	Ⓜ	〒 Tel ( ) -	
フリガナ 申 出 者	Ⓜ	〒	続柄
		Tel ( ) -	

## 利用希望者の状況

生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	才	男・女
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅(独居) <input type="checkbox"/> 在宅(家族等同居) <input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 高齢者専用賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( ) 自宅以外の場合 住 所 : 施設名等 :					
在宅サービスの利用状況	訪問系	1ヵ月	回位	その他のサービス利用		
	通所系	1ヵ月	回位			
	短期入所	1ヵ月	日位			
介護保険情報	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	介護保険被保険者番号					
	居宅介護支援事業者				担当ケアマネ	
医療的処置	病 名	入院・通院の病院名		期 間		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
				年 月～ 年 月		
かかりつけ病院・医師名	病院名 :		医師名 :			

## 家族状況

項 目	有無	同居	別居	有無の欄が有の場合は、同居・別居の欄の、配偶者には○を、その他の項目には人数を記入してください。
配 偶 者	有 ・ 無			
兄 弟 姉 妹	有 ・ 無	人	人	
子・子の配偶者	有 ・ 無	人	人	
孫	有 ・ 無	人	人	

