

入居申込書

特別養護老人ホーム 万葉苑わくや 施設長殿 入居を希望するので、下記のとおり申込みます

申込年月日	年 月 日	受付番号	(施設使用欄)		
入居希望者	フリガナ	-----	男 女	生年月日	明治・大正・昭和
	氏名				年 月 日(歳)
	住所	郵便番号(〒 -)			
	電話番号	() -			
	介護認定	申請(更新・変更) 中・済	被保険者番号		
	要介護度	1・2・3・4・5	認定有効期間	H 年 月 日～ H 年 月 日	
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類() 障害名 種 級			
	その他 保険証等	<input type="checkbox"/> 健康保険(種別 番号)			
		<input type="checkbox"/> 年金(種別)			
	現在の 居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設(介護保険) <input type="checkbox"/> 一般病院(医療保険) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()			
H 年 月 頃より		施設名又は病院名 【 】			
申込者	フリガナ	-----	入居希望者との続柄		
	氏名				
	住所	郵便番号(〒 -)			
	電話番号	() -	携帯	- -	
(特例入居希望者記入欄) 居宅において生活が困難な理由					
担当居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃入居したい				

(施設使用欄)				
担当者名		職種	生活相談員・介護支援専門員・その他()	

【特別養護老人ホーム 万葉苑わくや 入居申込添付書類】

個別状況確認書

★この書類は、入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入ください

★不明な点は、入院、入居先の病院・施設及び担当ケアマネジャーに聞き、ご記入ください

【記入年月日】 年 月 日 【記入者氏名】 【続柄】

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和
入居希望者氏名			年 月 日 (歳)
入居希望者住所	〒 - -		

【本人の状況】

項目	状況 ※該当する内容に○をしてください	現状の介護内容
視力	普通 見えにくい 見えない	
聴力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移動	歩行 杖 歩行器 車イス	
食事	自立 一部介助 全介助	
嚥下	問題なし やや困難 困難	
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	
排泄場所	トイレ ポータブルトイレ ベット	
排泄介助	不要 一部介助 全介助	

尿意	無・有	便意	無・有	便秘	無・有	※便秘時の対応方法
認知症	無・有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入ください				
主治医	【医療機関名】		【担当医師名】			
現病名	【疾病名】		【発症年】		※現病に関する特記事項	
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
		昭・平	年			
既往歴	【疾病名】		【発症年】		※疾病に関する特記事項	
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
			昭・平	年		
		昭・平	年			

【入居者のご家族及び関係者】

氏名	年齢	本人との続柄	職業	住所	本人との同居の有無

【その他、施設への伝達事項】

特別養護老人ホーム万葉苑わくや 申込書記載について

- 「申込年月日」 : 施設に入居申込書を提出した年月日をご記入下さい。
○「受付番号」 : 申込書受け取り後、施設職員が記入をします。

《入居希望者》

- 「介護認定」 : 要介護認定申請中の方については、更新又は変更のどちらかに○をつけて下さい。既に介護認定が済んでいる方については済に○を付けて下さい
○「被保険者番号」 : 介護保険被保険者証をご確認の上、ご記入下さい。
○「要介護度」 : 認定を受けた要介護度を介護保険被保険者証をご確認の上ご記入下さい。
○「認定の有効期間」 : 介護保険被保険者証をご確認の上、ご記入下さい。
○「障害手帳等」 : 身体障害者手帳・精神障害者手帳・療育手帳をお持ちの方は有に☑(チェック)をし、手帳の種類や内容についてご記入下さい。
○「その他保険証等」 : お持ちの健康保険被保険者証・年金手帳をご確認の上、種別・番号等をご記入下さい。
○「現在の居所」 : 該当する項目に☑(チェック)して下さい。また、いつから現在の場所で生活をしているかをご記入し、施設や病院で生活されている方については、施設名又は病院名をご記入下さい。

《申込者》

- 「氏名」「続柄」 : 申込者の方の氏名、入居希望者からみでの続柄をご記入下さい。
○「住所」「電話番号」「携帯」 : 申込者の方の住所、電話番号、携帯番号をご記入下さい。
○「特例入居希望者記入欄」 : 要介護1・2の認定を受けている方のみ、現在の居所において生活が困難な理由を具体的に記入下さい。

《担当居宅介護支援事業所》

- 居宅介護支援事業所 : 現在担当されているケアマネジャーの事業所名・担当者名をご記入下さい。
○担当ケアマネジャー

《その他》

- 「入居希望時期」 : 該当する項目に☑(チェック)して下さい。入居希望時期がある方はご記入下さい。

申込には、『申込書』・『介護保険被保険者証(写)』・『直近3ヶ月分のサービス利用票(写)』
『直近3ヶ月分のサービス利用票別表(写)』が必要となります。

※施設入所等の理由により在宅サービスを利用していない方は『申込書』・『介護保険被保険者証(写)』のみで構いません。

申込書記入後は、当施設に事前にご連絡して頂き、その後郵送又は持参のうえ提出をお願い申し上げます
尚、申込書提出の際、ご本人の身体状況などの確認の為、面談をさせていただきます。

申込書提出・郵送先はこちら

特別養護老人ホーム 万葉苑わくや

宮城県遠田郡涌谷町上郡字上郡沢4-1

TEL 0229-43-6411

FAX 0229-43-6412

詳しくは電話にてご相談下さい