

エスコート磯原入所申込書

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 |

特別養護老人ホーム
エスコート磯原 施設長 殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

| | | | |
|------------|---------------------|----|--|
| フリガナ 氏名 | | 続柄 | |
| 住所 | 〒 【電話番号】 () | | |

貴施設に入所したいので、次の通り申し込みます。

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------|
| フリガナ 氏名 | | 男 ・ 女 | 明 大 昭 | 年 | 月 | 日生(歳) |
| 住所 | 〒 【電話番号】 () | | | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 5 |
| 認定期間 | 年 月 日 | | ～ | 年 月 日 | | |
| 健康保険 | 種別 | 年金等 | 種別 | | | |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅 | 病院又は施設 | 名称 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 | | 住所 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入所中 | | 入院又は入所期間 | 年 月 日～ | | |
| 心 身 状 態 | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | | <input type="checkbox"/> オムツ使用 | <input type="checkbox"/> 無し | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | | [主食] <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 軟飯 | <input type="checkbox"/> お粥 | <input type="checkbox"/> ペースト | |
| | | [副食] <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 一口大 | <input type="checkbox"/> 刻み | <input type="checkbox"/> ペースト | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 全盲 | <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや難聴 | <input type="checkbox"/> 難聴 | <input type="checkbox"/> 補聴器使用 | |
| 言葉 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 少し不自由 | <input type="checkbox"/> 不自由 | | | |
| 認知症状 | <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 | <input type="checkbox"/> 自傷行為 | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | | |
| | <input type="checkbox"/> 不穏行動 | <input type="checkbox"/> 不潔行為 | <input type="checkbox"/> 異食行為 | <input type="checkbox"/> 独語 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | () | | | | |
| 医療状況 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 胃ろう | <input type="checkbox"/> 鼻腔 | <input type="checkbox"/> 人工透析 | | |
| | <input type="checkbox"/> 吸引 | <input type="checkbox"/> 在宅酸素 | <input type="checkbox"/> インスリン | <input type="checkbox"/> 人工肛門 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | () | | | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| 入所を希望する理由 (該当するものを全て 選んで下さい) | <input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「疾病」等により十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護、育児、看病をしている為に十分な介護が困難であるため <input type="checkbox"/> その他() 【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んで下さい】 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 知的・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心確保が困難 <input type="checkbox"/> 単身世帯・同居家族が高齢又は病弱である等により家族等の支援が期待できない <input type="checkbox"/> 特記事項() |
|------------------------------------|--|

| 家族状況 | 氏名(主介護者は□に チェックして下さい) | 続柄 | 年齢 | 職業 | 同居 別居 | 別居の場合 | |
|------|--------------------------|----|----|----|--|-------|------|
| | | | | | | 住所 | 電話番号 |
| | フリガナ □ | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | |
| | フリガナ □ | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | |
| | フリガナ □ | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | |
| | フリガナ □ | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | |
| | フリガナ □ | | | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | |

| | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|------|
| 身元引受人 ① | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所 | 電話番号 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|------|
| 身元引受人 ② | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所 | 電話番号 |
| | | | | | | |

| | |
|-----------|--|
| 入所を希望する時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい |
| | <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい |

| | |
|------|--|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込みしている |
| | <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みしている (他の施設名) () |

| | | |
|------------|------|-----|
| 担当介護支援専門員等 | 氏名 | 連絡先 |
| | 事業所名 | |

| | |
|-------|---|
| 説明確認欄 | 私は、入所申し込みの際し、 <input type="checkbox"/> 入所順位の決定方法 <input type="checkbox"/> 特列入所の趣旨、留意事項、意見照会の為にエスコート磯原と市町村間で情報を共有する事 について、エスコート磯原から説明を受けました。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> 氏名 |
|-------|---|

※保険証・直近3ヶ月分のサービス提供票及び別表の写しを添付して下さい