

(様式1)

指定地域密着型介護老人福祉施設「ゆうけあ相河」 入所申込書

申込日		令和	年	月	日
申込者	ふりがな				入所希望者との ご関係
	氏名				
	住所	〒			
	TEL				

入所希望者の 状況	ふりがな				生年月日	明治・大正・昭和						
	氏名					年	月	日	(歳)			
	現住所	〒				性別	男 ・ 女					
	要介護度	1	2	3	4	5	要介護認定期間	令和	年	月	日	から
								年	月	日	まで	
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <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(病院)名 : 入所(入院)期間 : 令和 年 月 日から入所(入院)している										
	入所を 希望する理由 (該当するもの すべて選んで ください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」「複数の人を介護」などにより、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護を手伝う人がいない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的な負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院などから退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他の理由 ()										
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> いますぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月ごろまでに入所したい										
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項】 【主治医】 医療機関 : 医師名 :										
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> アルツハイマー性認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症) 【認知症症状】 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()										
同意書	今後の施策の参考とするため、この申込書の内容を県・市長に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 印											