

入所申込書・回答用紙

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム うがた苑 苑

居宅介護支援事業所名

又は町村名

ご希望の 部屋タイプに ○印を記入	<input type="checkbox"/>	ユニット型個室
	<input type="checkbox"/>	多床室
	<input type="checkbox"/>	どちらでも良い

担当介護支援専門員名

又は担当者名

TEL

FAX

申 込 者	被保険者番号									保険者名	
	ふりがな							性別		明治	
	氏名							男・女		大正	年 月 日
	住所										
	電話番号	自宅	( )				その他	( )			
連 絡	氏名							続柄			
	住所										
	電話番号	自宅	( )				その他	( )			

本人及び介護の状況

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度5 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度1 認知症による以下の不適応行動が概ね一週間に1～2回程度出現する。 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 弄火の問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他問題行動 ( )											
介護の必要性	<input type="checkbox"/> ①身体的理由又は認知症による不適応行動のため在宅生活の継続が困難											
	介護保険の	当 月										単位
	居宅サービス	前 月										単位
	利用状況	前々月										単位
家族等介護者の状況	<input type="checkbox"/> ②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所（入院）中											
	施設（病院）名					期間	年 月 日					
緊急に入所を要する理由（該当者のみ記入）	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯、介護者が虚弱等 <input type="checkbox"/> 介護者が就業中・複数の人を介護している等											
特記事項												

令和 年 月 日

上記申込者の入所申込について下記の通り回答します。

担当

TEL

FAX

令和 年 月 日付で受け付けました。

受け付けられません 理由

[ ]