

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 申込日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

|    |   |
|----|---|
| 〒  | — |
| 住所 |   |
| 氏名 |   |
| 電話 |   |

多床室 ・ ユニット (ご連絡先)

↑入所を希望される方に○をつけて下さい。両方可。

特別養護老人ホーム清流園に入園したいので、次のとおり申し込みます。

|                                      |                                       | 保険者  | 市・区・町・村        |                             |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|----------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| 入<br>園<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況 | (フリガナ)                                | 性別   | 被保険者番号         |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 氏名                                    | 男・女  | 要介護度           | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5           |  |  |  |  |  |
|                                      | 生年月日                                  | 大・昭 年 月 日 ( ) 歳  | 要介護度<br>認定期間   | 平成・令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |  |  |  |  |  |
|                                      | 現住所                                   | 〒 —  |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 現状                                    | <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族で暮らしている。<br><input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 <input type="checkbox"/> その他( )<br>施設や病院に入っている方は記入してください。<br>◇施設名又は病院名 所在地(市区名のみ)<br>◇入所又は入院期間:平成・令和 年 月から  |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 入園希望理由<br>(該当するものを<br>すべて<br>選んでください) | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため<br><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なため<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院等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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 入園希望時期                                | <input type="checkbox"/> 今すぐ入園したい。 <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入園したい。   |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 医療の状況                                 | <input type="checkbox"/> 鼻腔経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( )<br>【現在治療中の病気・特記事項等】   |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 申込状況                                  | 既に申し込んでいる施設名<br><br>今後申し込む予定の施設名   |                |                             |  |  |  |  |  |
|                                      | 主<br>たる<br>介<br>護<br>者                | (フリガナ)   | 性別             | 本人との関係                      |  |  |  |  |  |
| 氏名                                   |                                       | 男・女  | 生年月日 大・昭 年 月 日 |                             |  |  |  |  |  |
| 同居の区分                                |                                       | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所: )  |                |                             |  |  |  |  |  |
| ご意見                                  |                                       | 【介護しているうえでお困りの点】   |                |                             |  |  |  |  |  |
| 【紹介者・担当ケアマネ・担当ソーシャルワーカー】             |                                       |  |                |                             |  |  |  |  |  |