

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入所申込書

特別養護老人ホーム

スマイルガーデン黒埼 施設長 様

申込者（連絡先）

住所	〒 -		
(フリガナ) 氏名		入所希望者との 続柄	
電話	① ()	② ()	

* 日中ご連絡が取れる番号もお願いします

貴施設に入所したいので、次のとおり申込みます。

住所	〒 -		電話	()
(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (歳)
介護保険	被保険者番号	保険者名 新潟市・その他 ()		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
健康保険	(種別)	(記号・番号)		
年金等	(種別)			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	・手帳の名称 (障害名)		
		判定	種	級(度) ・ 年 月 日認定
担当ケアマネージャー	氏名			事業者名
	電話番号	()		所在地
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(単身・同居)			
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院中) 名称 _____ (年 月 日～)			

医療的管理 状況	<p>■医療の状況</p> <p>□透析 □カテーテル □ストマ（人工肛門） □鼻腔栄養 □胃ろう □酸素療法 □インシュリン注射 □気管切開 □内服薬 □その他（ ）</p> <p>■現在治療中の疾病</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院医療機関名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～</td> </tr> </tbody> </table> <p>■感染症： □有 ・ □無 ・ □不明 （病名）</p> <p>■既往歴</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>入院・通院医療機関名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	病名	入院・通院医療機関名	期間			年 月 日～			年 月 日～			年 月 日～			年 月 日～	病名	入院・通院医療機関名	期間			年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日
	病名	入院・通院医療機関名	期間																												
			年 月 日～																												
		年 月 日～																													
		年 月 日～																													
		年 月 日～																													
病名	入院・通院医療機関名	期間																													
		年 月 日～ 年 月 日																													
		年 月 日～ 年 月 日																													
		年 月 日～ 年 月 日																													
		年 月 日～ 年 月 日																													
入所希望者の 意向	<p>□ 今すぐ入所したい □ 年 月頃までには入所したい</p> <p>■他の施設への申込状況</p> <p>□スマイルガーデン黒埼にのみ申込んでいる □他の施設にも申込んでいる （他の施設名）</p>																														
申込み理由	<p>（本人の状態と経過、家族介護の状況及び介護上の悩みや困ってることなど）</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																														

<p>家族構成等</p>	<p> <input type="checkbox"/>独居世帯 <input type="checkbox"/>高齢者世帯 <input type="checkbox"/>家族同居世帯 <input checked="" type="checkbox"/>同一生計者 </p> <table border="1" data-bbox="344 304 1422 573"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>職業</th> <th>勤務先電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p> <input checked="" type="checkbox"/>本人の子供（別世帯） </p> <table border="1" data-bbox="344 618 1422 842"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>続柄</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> <th>職業</th> <th>勤務先電話番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	勤務先電話番号																									氏名	続柄	性別	生年月日	職業	勤務先電話番号																		
氏名	続柄	性別	生年月日	職業	勤務先電話番号																																																		
氏名	続柄	性別	生年月日	職業	勤務先電話番号																																																		
<p>説明確認及び情報収集にかかわる同意</p>	<p> 私は、貴施設の申し込みに際し、入所申込みから入所手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私（入所希望者及びその家族）に関する情報を、市町村・担当居宅介護支援事業所・他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 </p> <p> 平成 年 月 日 </p> <p style="text-align: center;"> 入所希望者 _____ 印 </p> <p style="text-align: center;"> 入所希望者の家族 _____ 印 </p>																																																						
<p>* 留意事項</p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/>本入所申込みに記載した事項に変更があった場合、あるいは他施設へ入所した場合は必ず当施設にご連絡ください。 </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>申込みに際しては、必ず介護保険証のコピー、介護支援専門員の意見書、特養申込み者フェイスシート（ADL状況表）を添えてください。 </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/>この申込書は入所希望者の状態等を把握するためのものです。入所決定にあたっては、入所希望者の入所の必要性和当施設の受入体制を入所検討委員会で検討のうえ決定されます。 </p>																																																						