



# 社会福祉法人 椎の木福祉会 入居申込書

申し込み先施設 (入居希望施設)	<input type="checkbox"/> 瑞光の里 従来型多床室	<input checked="" type="checkbox"/> 瑞光の里 ユニット型個室
	<input type="checkbox"/> 瑞光の里 従来型個室	<input checked="" type="checkbox"/> 第二瑞光の里 ユニット型個室
	<input checked="" type="checkbox"/> 瑞光の里緑ヶ丘 ユニット型個室	

入居希望者の 状況	フリガナ	スイコウ タロウ	性別	介護保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 半田市 <input type="checkbox"/> その他( )	
	氏名	瑞光 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	被保険者番号	0000012345	
	生年月日	明・大・昭 10年 10月 10日	要介護度	要介護4		
	住所	〒470-0914 半田市土井山町2丁目105番地				
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )				
	入院等	<input checked="" type="checkbox"/> 現在、病院や施設等に入っていない <input type="checkbox"/> 現在、病院や施設等に入っている いつから( )年( )月から) どこに( )				
	認知症	<input type="checkbox"/> 認知症の症状はない <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の症状がある(具体的な症状をご記入ください) [ 日時の認識ができず、同じ質問を繰り返す ]				
	医療関係	既往歴 白内障・左大腿骨骨折				
		現在治療中の病気・特記事項などがあればご記入ください 高血圧				
		現在受けている医療処置にチェックを入れてください <input checked="" type="checkbox"/> パルカンターテル <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ベースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> IVH(中心静脈栄養) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔) <input type="checkbox"/> その他( )				
入居希望理由 (複数OK)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input checked="" 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 <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"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所、退院を求められているが自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )					
主介護者の 状況	主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 一緒に住んでいる <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 介護者がいない				
	その他の 介護等	<input type="checkbox"/> 介護者が育児中で介護が困難 <input type="checkbox"/> 他家族の看病で介護が困難 <input type="checkbox"/> 他家族の介護で入居希望者の介護が困難				
	介護者の 就労	<input type="checkbox"/> 就労により介護できない <input type="checkbox"/> 就労により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 就労していない				
	介護者の 体調	<input type="checkbox"/> 高齢(65歳以上)又は、体調不良により介護できない <input checked="" type="checkbox"/> 高齢(65歳以上)又は、体調不良により十分に介護できない <input type="checkbox"/> 体調不良等はない				
	介護上の お困りごと	※ 裏面にご記入ください ※				
希望連絡先	住所	〒470-0914 半田市土井山町2丁目105番地				
	氏名	瑞光 花子 妻	電話番号	0569-26-■■■■■	携帯番号	090-1234-■■■■■

椎の木福祉会 特別養護老人ホーム 施設長 様

- 貴施設への入居を希望するため申込書を提出いたします。また、貴施設が入居の判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所や入所施設等との情報共有に同意します。
- 入居申込から入居契約までの手続き及び入居順位の決定方法について貴施設の方針に従います。

平成 年 月 日 <希望者> <代筆者>

(入居希望者の署名もしくは身元引受人の代筆)