

特別養護老人ホーム **わたなーる桜川** 入所申込書

(宛先)  
 社会福祉法人わたなーる  
 特別養護老人ホーム

申込日 年 月 日

わたなーる桜川

担当者 行

受付印

申請者	ふりがな			
	氏名			
	住所	〒		
	連絡先	自宅		
		携帯		
入所申込者との関係				
送付先 <small>入所申込者以外を通知の送付先に指定する場合</small>	ふりがな			
	氏名	(続柄: )		
	住所	〒		

入所申込者	ふりがな			生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	氏名			性別	男女	連絡先	
	住所	中央区				健康保険	
	要介護度					社保・国保・共済 後期高齢者医療・生保 その他( )	
	有効期間満了日						
申込	更新・区分変更申請中の場合	申請日: 年 月 日			介護保険被保険者番号		
	介護支援専門員(ケアマネジャー)	<input type="checkbox"/> いる	事業所名				
医療	現在受けている医療処置	<input type="checkbox"/> いない	電話	氏名			
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外の親族の居宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> その他( ) ※施設・病院にいる場合は下段に記入					
		※施設・病院名			※入所・入院時期 年 月 頃		
家族欄	同居していない家族についても記入してください。	1. 無					
		2. 有	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH)	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)	<input type="checkbox"/> 酸素療法	
		<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> インシュリン	<input type="checkbox"/> その他( )	
		氏名	続柄	年齢	住所	連絡先	

裏面あり

入所申込者の状況	中央区 区民期間	1 30年以上 2 10年以上30年未満 3 5年以上10年未満 4 5年未満	他施設にも 申し込みを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	入所申込み をする理由		
病歴		認知症の状態 ※ケアマネジャーが いる方は、ケアマネジャー に確認の上、記入す る。 いない方は記入不要	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> M
介護環境	介護環境	1 身寄りがいない ※身寄りがいないとは、三親等以内の親族がいない場合をいう。	
		2 次の理由により介護が十分ではない	
		(1) <input type="checkbox"/> 70歳以上の高齢者世帯(同一建物内に70歳未満の親族が居住している場合を除く。)	
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護者であるか(要介護1以上)、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている(介護者 氏名: )	
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している(要介護者 氏名: ) (要介護1以上、身体障害者3級以上または知的障害3度以上)	
		(4) <input type="checkbox"/> 介護者が就労中(フルタイム勤務、 自営、 パート勤務)(介護者 氏名: )	
		※ (2)、(3)とも介護者が入所申込者と同居の場合に限る。	
その他	※ 特に知らせたいことや現在介護する上で、困っていることがあれば記入してください。		

要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

同意書

私は、この申込書、要介護認定に係る調査資料等入所調整基準確認のために必要な情報を収集し、特別養護老人ホーム入所調整業務に使用することに同意します。

年 月 日 入所申込者氏名(署名)

代筆者氏名(署名)

**自筆サインでご記入ください**

社会福祉法人 わとなーる  
特別養護老人ホーム  
わとなーる桜川

〒104-0042  
東京都中央区入船1-1-13 4・5階