

入 所 申 込 書

No.		申込者 (連絡先)	氏名		続柄	
申込日	平成 年 月 日		住所	〒 -	生年月日	
入 力 担当者	施設名：氏名		連絡先	(自宅)	(携帯)	

社会福祉法人はびねす福祉会に以下の施設に入所したいので、介護保険被保険者書の写し・入所事前調査票を添えて次のとおり申し込みます。なお、入所の為の待機期間中に貴法人施設以外に入所が決定した場合、また、要介護度や連絡先、介護の状態等について変更があった場合には、速やかに連絡します。

入所を希望する施設に○印を記入して下さい（既に入所している施設には●を記入）			
	特別養護老人ホーム 「豊園荘」		老人保健施設 「はびねすケアセンター」
	特別養護老人ホーム 「若水館」		老人保健施設 「若水ケアセンター」
	特別養護老人ホーム 「プラチナプレイス」		
※ 地域密着型サービス（原則、保険者が新居浜市の方に限る）			
	特別養護老人ホーム 「シニアリビング八雲ガーデン」		
	グループホーム 「おてだま」		グループホーム 「LOHAS・KOTI」
	グループホーム 「プラチナガーデン」		

上記以外の他法人施設申込状況	施設名	()
----------------	-----	-----

入 所 者 の 状 況	フリガナ		男 ・ 女	保 険 者		負担割合		割																
	氏 名			被保険者No.		要介護度																		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		認定有効期間	開始 平成 年 月 日	2	3	4	5															
	住 所	〒 -		居宅支援事業所	居宅	担当ケアマネ																		
	入 所 状 況 希 望 者 の	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 別居だが直線距離で「1.5Km以内」に介護者または親族が暮らしている。 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている。 施設・病院名 () 入所・入院日 H 年 月 日																						
	介 護 者 ま た は 親 族 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護者がいない。 <table border="1"> <tr> <th>主介護</th> <th>氏 名</th> <th>続柄</th> <th>生年月日</th> <th>住 所</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>明・大・昭・平 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>明・大・昭・平 年 月 日</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 介護者が生活の為、就労中であり介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしている為、介護が困難。 <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難。 <input type="checkbox"/> 他に介護をしている。 ※注：施設や病院にいる場合は、自宅での生活状況を想定してご記入下さい								主介護	氏 名	続柄	生年月日	住 所				明・大・昭・平 年 月 日					明・大・昭・平 年 月 日	
	主介護	氏 名	続柄	生年月日	住 所																			
				明・大・昭・平 年 月 日																				
				明・大・昭・平 年 月 日																				

社会福祉法人はびねす福祉会の入所指針の説明を受け、次の事に同意します。
 1、入所申込みに必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
 2、市町村から要求があった場合、この申込み情報を市町村に提供すること。

平成 年 月 日

氏名(本人または代理人) _____ 印

※注：入所申込みの際は必ず介護保険被保険者書の写し・入所事前調査票を添えて、事業所に提出下さい。
 介護保険被保険者書の写しが無い場合には申込み受理が出来ません。

入所事前調査票

入所希望者： _____

記入者（申込者の場合は空白で可）： _____

受付者： _____

介護保険負担限度額認定 あり（1段階・2段階・3段階） なし わからない

日常生活について	食事	食事摂取方法 ⇒ <input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要		
	排泄	排泄状況 ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全て介助必要		
		排泄形態 ⇒ <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用		
	移動	移動手段 ⇒ <input type="checkbox"/> 何も使用していない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
		移動状況 ⇒ <input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全て介助必要		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴（補助器具の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な会話は成立する <input type="checkbox"/> 難しい（ほとんど成立しない）			
認知症・精神の症状	認知症状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし どのような症状が見られますか？ ()			
医療的処置	現病名（現在治療中の病気）		既往歴（過去にかかった病気、手術等）	
	※ 以下の項目に該当する場合はチェックを入れて下さい			
	<input type="checkbox"/> 尿導カテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門（ストマ）		<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他）
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素	<input type="checkbox"/> インシュリン注射		<input type="checkbox"/> 人工透析
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 傷や褥瘡（床ずれ）の処置（部位：_____）		
	<input type="checkbox"/> その他（_____）			
利用時期	<input type="checkbox"/> 直ぐに利用したい <input type="checkbox"/> 今後の為に申込みしている（_____年 _____月頃から希望） その他申込み理由 ()			
入所後の希望	<input type="checkbox"/> このまま施設入所を続けたい <input type="checkbox"/> 自宅または他施設へ移動を希望する （ <input type="checkbox"/> 自宅へ帰る <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ）			
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人以上の部屋（多床室） <input type="checkbox"/> 指定なし ※ 特別な料金のかかる居室 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
年金等の種別	国民・厚生・共済・障害・遺族・その他(_____)		年金受給額	月額 _____円
施設使用欄				