

佐久穂町立千曲病院介護医療院 入所申込書

申込年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

入所者	フリガナ				<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名										
	住所	〒 (-)			連絡先	()					
	介護保険情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中			要介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5				
		保険者名				被保険者番号					
		認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日	負担割合	割			
		介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (第 段階)								
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護									
		記号				番号					
		受給者証の有無	(県障、特定疾患医療、その他)								
医療限度額適用・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (区分)									
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他										
	年 月頃より	施設・病院名等	【 】								
申請者・家族	フリガナ				続柄			同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	氏名										
	住所	〒 (-)			連絡先	()					
	その他の連絡先①	フリガナ				続柄			連絡先	()	
		氏名									
その他の連絡先②	フリガナ				続柄			連絡先	()		
	氏名										
申他施設状況の	施設名 1				申込	<input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)					
	施設名 2				申込	<input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期 年 月頃)					
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい										

現況及び医療状況	現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 年 月頃より 施設・病院名等 【 】									
	主治医	病院 (診療所)							先生		
	治療中の病名										
	処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> カテーテル		<input type="checkbox"/> ストーマ		<input type="checkbox"/> 酸素療法			
<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> 痰吸引		<input type="checkbox"/> その他 【 】							
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週)		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (回/月)				
	<input type="checkbox"/> デイサービス (回/週)		<input type="checkbox"/> デイケア (回/週)		<input type="checkbox"/> ショートステイ (日/月)		<input type="checkbox"/> 福祉用具				
	<input type="checkbox"/> その他 【 】										

【入所を希望する理由】

入所を希望する理由について、該当する項目にチェックしてください。（複数選択可）

要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、常時介助を受ける必要がある。
心身の状況	<input type="checkbox"/> 認知症又は、知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動（BPSD）や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りが無い若しくは家族等がいても疎遠である等介護する者がいない
	<input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
在宅生活の可能性	<input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しても在宅生活の継続が困難である（例：十分なケアが受けられない（夜間の介護等）、近くに在宅サービス機関がなくその利用が困難）
家屋等の状況	<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある（例：住居が狭い、住宅の改修ができない、立地・地形上の理由から在宅サービスの利用が困難）
その他	<input type="checkbox"/> （ ）

○千曲病院介護医療院が入所決定をするにあたり、市町村・包括支援センター・居宅介護支援事業者・他の介護保険施設等から、私（申込者）とその家族等の情報を収集し用いることに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印 続柄（ ）

【担当介護支援専門員等記入欄】

以下は、担当介護支援専門員や、その役割を果たされている方（施設（病院）のソーシャルワーカー、相談員）、他介護保険事業所の介護支援専門員等）が記載してください。適当な方がいない場合は記載不要です。

担当介護支援専門員等の役職・氏名	事業所名	連絡先電話番号

入所についての意見等（入所の必要性、緊急性等）を記載してください。

(参考) 記載する内容については、以下項目例を参考にしてください。 ○項目例 【本人の心身の状況】 【介護者（家族等）の状況】 【在宅生活の可能性】 【家屋等の状況】

【施設記入欄】

受付年月日	年 月 日	職 種	<input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他（ ）
受付担当者名			
備 考			