

特別養護老人ホームピアンカ 入居申込書

受付日 平成 年 月 日

受付担当職員 _____

入居希望者状況

フリガナ			明・大・昭 年 月 日		
氏名			(満 歳)		男女
住所	〒 _____ 市 _____ TEL _____				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居 ・ 同居) <input type="checkbox"/> 病院 (病院名 _____) <input type="checkbox"/> 入院日 _____ 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 退院予定 _____ 年 月 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 入所日 _____ 年 月 ~ <input type="checkbox"/> 退所予定 _____ 年 月 <input type="checkbox"/> グループホーム・有料・その他 (施設名 _____)				
入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない (遠方を含む) 為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「失病」等により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから十分な介護が困難な為 <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な為 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は申し込む予定 ・既に申し込んでいる他施設名 (_____) ・今後申し込む予定の他施設名 (_____)				
ケアマネ	(事業所名)		担当者名		
※入居の際のご希望をご記入ください					
<input type="checkbox"/> 西館のみを希望 (全室個室、 料金設定 高め) <input type="checkbox"/> 東館のみを希望 (2人部屋 料金設定 低め) <input type="checkbox"/> どちらでも良い					

ご連絡先 (①申込者 ・ ②身元引受人)

①住所	〒 _____	②住所	〒 _____
フリガナ		フリガナ	
氏名		氏名	
自宅電話		自宅電話	
携帯電話		携帯電話	
続柄		続柄	
勤め先		勤め先	

介護保険・年金状況

該当する介護度に○をつけてください。
介護度1 ・ 介護度2 ・ 介護度3 ・ 介護度4 ・ 介護度5 ・ 区分変更中
被保険者番号
該当する収入の状況に○をつけ、総額を記入してください。
国民年金 ・ 厚生年金 ・ 恩給 ・ その他年金 ()
一年間の年間総額を記入してください () 万円位
負担限度額申請の 有 無についてご記入ください。
有 無

身体・健康状態

身体 状 況	歩行状態について○をつけてください	
	独歩 ・ 杖歩行 ・ 手引き ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす (普・リクラ)	
	食事状態について○をつけてください	
	自己摂取 ・ 見守り ・ 一部介助 「介助器具の有 無」 ・ 全介助	
	食事の形態について○をつけてください	
	☆主食 (普通 ・ 軟飯 ・ おかゆ) ☆副食 (普通 ・ 刻み ・ 細刻み)	
	☆ミキサー食 ☆胃ろう (品名) ☆栄養補助剤 (品名)	
	嚥下状態について○をつけてください むせ無し・ むせ有 とろみ (使用 不使用)	
	歯の状況についてご記入ください	
	義歯 上 : (有・無) 「部分・総義歯」 下 : (有・無) 「部分・総義歯」	
	残歯 上 : (有・無) (本) 下 : (有・無) (本)	
	排泄の状況について○を付けて下さい 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	日中	自己パンツ リハビリパンツ オムツ
	夜間	自己パンツ リハビリパンツ (ポータブルの有 無) オムツ
	尿・便意 ☆尿意 (有・無) 「失禁 (有・無)」 ☆便意 (有・無) 「失禁 (有・無)」	
	日中のご様子は 椅子で過ごす (静か・多動) 車椅子上で過ごす 全日ベッド	
	夜間のご様子は 良眠 トイレに起きる程度 多動	
	視力に関して○を付けて下さい	
問題なし・薄ら・影のみ・見えない		
聴力に関して○を付けてください		
問題なし・大きな声なら・まったく聞こえない		
意思疎通について○を付けて下さい		
問題なし ・ 時々不可 ・ 不可		
言語に関して○を付けてください		
普通 ・ やや不明瞭 ・ 不明瞭		
麻痺の有無について○を付けて下さい		
有 ・ 無		
有 半身 (右 ・ 左) 上肢 (右 ・ 左) 下肢 (右 ・ 左)		
健康 状 態	既往歴についてご記入ください	
	現在の治療中・通院中の病についてご記入下さい	

申込みの待機状況は市町村に報告いたしますので、ご了承下さい。