

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 令和 年 月 日 ( 曜日 )

受付担当者

申込者	ふりがな 氏 名	特記事項(施設が記入)
	住 所	
	電 話 (市外 )	

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男	保 険 者	
	女	被保険者番号	.....
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 才 )	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住 所			
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名 ) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 ) 時期 令和 年 月から入院)		
介 護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が( 高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄 )で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の( 身体的 ・ 精神的 )負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用して( いる ・ いない ) <input type="checkbox"/> 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M )		
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病気など (主治医 ) (歯科医 )		
申込み 希 望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込む ・すでに申込み済施設( ) ( ) ・これから申込む施設( ) ( )		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

※ 裏面にも記入してください。

