

# いなぎ正吉苑入苑申込書

申込年月日 令和 年 月 日

社会福祉法人正吉福祉会いなぎ正吉苑

施設長 安諸 剛志 殿

申込者 氏名

続柄

住所

電話 ( )

介護老人福祉施設いなぎ正吉苑への入苑を希望しますので申し込みいたします。

フリガナ							性別	男 ・ 女
入苑希望者氏名								
生年月日	M・T・S	年	月	日	( ) 歳	電話	( )	
住 所								
介護保険 被保険者番号								
要介護度	要介護 1 2 3 4 5 その他 ( )							
現在の所在地	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 福祉施設		病院・施設名称					
連絡先 (連絡が取りやすい順に)	氏 名	続 柄	住 所			電 話		
申し込みの 主な理由								
特記事項 (緊急性などについて)								

指定介護老人福祉施設入所申込書

氏名

様

同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる
主に介護している方（家族、親族）について	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
主に介護している方（家族、親族）の状況について	下記の項目で該当するものにレ点チェックをお願いします（複数回答可） <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病気で治療中（通院状況 月_____回） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている（要支援_____・要介護_____） <input type="checkbox"/> 働いている（1日_____時間・週_____日） <input type="checkbox"/> 育児中（就学前の児童） <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 遠方に住んでいる（片道1時間以上）
介護に協力してくれる方について（ヘルパーを除く）	介護に協力してくれる方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 協力者がいる場合はその方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外の方（ _____ ） <input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている（要支援_____・要介護_____）
お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自宅はあるが戻れない
介護をする上での住宅の問題	<input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> エレベーターのない2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている（経管栄養、胃ろう、在宅酸素、尿道カテーテル、インシュリン注射、人工肛門、人工透析、その他 _____） <input type="checkbox"/> 病気がある（具体的な病名 _____）
ご自宅以外での介護や治療（自宅にいらっしゃる方は未記入）	現在いらっしゃるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設の名称（ _____ ） <input type="checkbox"/> 入所・入院開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日～
ケアプランなどについて	ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作成している <input type="checkbox"/> 作成していない ※申込み時に直近のサービス利用票別表の写しを添付してください。 相談できる介護支援専門員（ケアマネージャー）は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の氏名 _____ <input type="checkbox"/> 事業所名 _____ 電話 _____

