入所申込ー様式１

入　所　申　込　書

No.	
申込日	令和　　年　　月　　日
入　力 担当者	施設名：氏名

申込者 （連絡先）	氏名		続柄	
	住所	〒　　－	生年月日 年　月　日	
	連絡先	（自宅）	（携帯）	

社会福祉法人はぴ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〇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　「**はぴねすケアセンター**」
	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「**シニアリビングハ雲ガーデン**」		
	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	要介護　１　２　３　４　５	
	生年月日	明・大・昭 年　月　日（　歳）		認定有効期間	開始　年　月　日 終了 令和　年　月　日	
	住　所	〒　　－		居宅支援事業所	居宅	担当ケアマネ
	入所希望者の状況	□　自宅で一人暮らしをしている。 □　自宅で家族と暮らしている。 □　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。 □　施設や病院に入っている。 施設・病院名（　　）入所・入院日　　年　月　日				
	介護者または親族の状況	□　介護者がいない。				
		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	
		□　介護者が生活の為、就労中であり介護が困難。 □　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。 □　介護者が病気や障害などで介護が困難。 □　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				

社会福祉法人はぴ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。

令和　　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。

社会福祉法人　はぴねす福祉会

20190501

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　⇒　□自力にて可能　□一部介助が必要　□全て介助が必要
	排泄	排泄状況 ⇒　□自立　□見守り　□一部介助必要　□全て介助必要
		排泄形態 ⇒　□トイレ使用　□ポータブルトイレ使用　□おむつ使用
	移動	移動手段 ⇒　□何も使用していない　□杖　□歩行器　□車椅子
		移動状況 ⇒　□自立している　□見守り必要　□一部介助必要　□全て介助必要
	言語	□普通　□聞き取りにくい　□聞き取れない
	聴力	□普通　□聞こえにくい　□難聴（補助器具の使用　□あり　□なし）
	意思疎通	□可能　□簡単な会話は成立する　□難しい（ほとんど成立しない）
認知症・精神の症状	認知症状　□あり　□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	
	□尿導カテーテル	□人工肛門（ストマ）　□経管栄養（□胃瘻　□その他）
	□在宅酸素	□インシュリン注射　□人工透析
	□中心静脈栄養	□傷や褥瘡（床ずれ）の処置（部位：　　）
	□その他（　　）	
	現在服用している内服（わかる範囲で可）	
利用時期	□直ぐに利用したい　□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	□　このまま施設入所を続けたい □　自宅または他施設へ移動を希望する （　□自宅へ帰る　□特別養護老人ホーム　□グループホーム　□その他　）	
居室希望	□個室　□2人以上の部屋（多床室）　□指定なし	
	※　特別な料金のかかる居室　□可　□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

社会福祉法人　はぴねす福祉会

20190501