

社会福祉法人 朱 白 会

特別養護老人ホーム ルミエ・デ・ソレイユ 入居 申込書

申 込 日	令和	年	月	日
受 付 日	令和	年	月	日

理事長 岩瀬 剛 殿

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ 氏 名		続 柄	
住 所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

貴施設に 入居 したいので、次の通り申し込みます。

フリガナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(大正 昭和)	年	月	日		
住 所	〒 - 【電話番号】 ()								
介護保険	【被保険者番号】		【要介護度】	要支援	1	2	要介護		
認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
健康保険	種 別		記号・番号						
年金等	種 別		収入状況						
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は施設	名 称						
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所						
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間	年	月	日	～			
心 身 状 況	身 長	cm	体 重	kg					
	障 害	身体障害 ・ 精神障害 ・ 療育手帳 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 種 級 障害名 _____							
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖又は歩行器使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩行					
		<input type="checkbox"/> 歩行介助	<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 寝たきり					
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
		〔おむつ使用 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 〕							
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
		〔主食〕 <input type="checkbox"/> 常 食	<input type="checkbox"/> 軟 飯	<input type="checkbox"/> 全 粥	<input type="checkbox"/> ペースト				
		〔副食〕 <input type="checkbox"/> 常 菜	<input type="checkbox"/> 刻 み	<input type="checkbox"/> 超刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> ムース			
		〔汁物〕 <input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> 薄トロミ	<input type="checkbox"/> 中間トロミ	<input type="checkbox"/> 濃いトロミ				
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
視 力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全 盲						
聴 力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難 聴						
言 葉	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由						
麻 痺	右 ・ 左	上肢	(軽度 ・ 中度 ・ 重度)						
	右 ・ 左	下肢	(軽度 ・ 中度 ・ 重度)						
拘縮	部 位 :								

身体状況	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー ()		
		<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー ()		
	問題行動	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 奇声・大声行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	
	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜逆転	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項】			

入居を希望する理由 ※該当するものをすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる
	<input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる
	<input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能
	<input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 主介護者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、または就業しているため十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい
	<input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難
	<input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することとなったが、在宅での介護が困難
<input type="checkbox"/> その他 ()	

家族の状況	氏名 主介護者には <input checked="" type="checkbox"/>	続柄	年齢	職業	同居 別居	< 別居の場合 >	
						住所	電話番号
	<input type="checkbox"/>				同 別		
	<input type="checkbox"/>				同 別		
	<input type="checkbox"/>				同 別		
	<input type="checkbox"/>				同 別		
身元 引受人	氏名	続柄	年齢	職業	住所		電話番号

入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい。
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃までに入所したい。
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる
	(他の施設名) _____ _____ _____
特記事項	

担当 ケアマネージャー	氏名		連絡先	
	事業所名			

説明確認欄	私は、入居申し込みの際し、入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。
	令和 年 月 日
	氏 名 : _____