

申込日 令和 年 月 日 受付日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設わらび園入所申込書

特別養護老人ホームわらび園 施設長 様

申込者(連絡先)

住 所	〒
(フリガナ) 氏 名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	
	認定期間	平成・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・記号番号)		
障害者手帳等	手帳の種類 (障害名) 判 定 級(度) 年 月 日		
現 況	☐ 自宅(単身・同居) ☐ 施設(病院)に入所(入院)中 名称 年 月 日~		
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 感染症(MRSA・緑膿菌・他) ☐ その他()		
	現在治療中の病気		
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間
			~
			~
			~
			~
	既往歴		
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間
			~
		~	
		~	
		~	
日常生活動作	移動	自立(独歩・杖・歩行器)・車椅子(自走・介助)・不可	入浴 自立・一部介助・全介助
	食事	自立・一部介助・全介助	着脱衣 自立・一部介助・全介助
	排泄	自立(トイレ・ポータブル)・一部介助(トイレ・ポータブル)	起座 自立・一部介助・全介助・不可
		全介助(トイレ・ポータブル・差込便器等)・おむつ(昼夜)	寝返り 自立・一部介助・全介助・不可
心身の状況	視 力	普通・見えにくい(左・右)・全盲	歯の障害 無し・一部入歯・総入歯
	聴 力	普通・聞こえにくい(左・右)・難聴	失 禁 無し・有り
	会 話	普通・どうか可・不可	床 ず れ 無し・有り
	意志疎通	普通・やや難しい・不可	問題行動 無し・有り(徘徊・不潔・不眠・暴力)
その他	* 認知症の問題行動等具体的に		

家族構成 (同一生計者)	氏 名	続 柄	生年月日	職業(勤務先)・電話番号	備 考
同居して いない扶 養義務者 (本人の子供)					
生活歴 及び職歴					
入所希望者 の意向	☐ 今すぐ入所したい ☐ 年 月 日頃までには入所したい ☐ わらび園にのみ申し込んでいる ☐ 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) 				
担当介護 支援専門員	氏 名			連絡先	電話 ()
	事業所名				
留意事項	本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。 【連絡先】 特別養護老人ホームわらび園 電話 0258-41-3150 ファックス 0258-41-3152 担当者 施設相談課 岸田、大竹、高橋				

説明確認 及び情報収集 に係る同意	私は、貴施設への入所申込に際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。 なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、わたし(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集すること、また関係市町村に報告提供することに同意します。	
	令和 年 月 日	
	入所希望者氏名	(印)
	身元引受人氏名	(印)

申込日 令和 年 月 日 受付日 令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設わらび園入所申込書

特別養護老人ホームわらび園 施設長 様

申込者(連絡先)

住 所	〒
(フリガナ) 氏 名	(入所希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者	(フリガナ)	性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号	保険者名	
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	
	認定期間	平成・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・記号番号)		
障害者手帳等	手帳の種類 (障害名) 判 定 級(度) 年 月 日		
現 況	☐ 自宅(単身・同居) ☐ 施設(病院)に入所(入院)中 名称 年 月 日~		
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 感染症(MRSA・緑膿菌・他) ☐ その他()		
	現在治療中の病気		
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間
			~
			~
		~	
		~	
	既往歴		
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間
			~
			~
			~
			~
日常生活動作	移動	自立(独歩・杖・歩行器)・車椅子(自走・介助)・不可	入浴 自立 ・一部介助・全介助
	食事	自立・一部介助・全介助	着脱衣 自立・一部介助・全介助
	排泄	自立(トイレ・ポータブル)・一部介助(トイレ・ポータブル)	起座 自立・一部介助・全介助・不可
		全介助(トイレ・ポータブル・差込便器等)・おむつ(昼夜)	寝返り 自立・一部介助・全介助・不可
心身の状況	視 力	普通・見えにくい(左・右)・全盲	歯の障害 無し・一部入歯・総入歯
	聴 力	普通・聞こえにくい(左・右)・難聴	失 禁 無し・有り
	会 話	普通・どうにか可・不可	床 ず れ 無し・有り
	意志疎通	普通・やや難しい・不可	問題行動 無し・有り(徘徊・不潔・不眠・暴力)
その他	* 認知症の問題行動等具体的に		