

特別養護老人ホーム「ハピネスピラ」入所申し込み書

次のとおり施設入所を申し込みます。

申込日 平成 年 月 日

利用者 (本人)	(ふりがな) 氏名			性別 (男・女)	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (歳)
	住所	〒			
	現在の状況	自宅・施設・病院 (名称) 入所又は入院期間 年 月 日 から(入所・入院)している。			
介護保険	保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5・申請中	
	被保険者番号		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護保険サービス利用状況	デイサービス・ショートステイ・デイケア・訪問介護・訪問看護・福祉用具貸与 介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム その他 ()			
	介護支援事業所名		介護支援専門員 (担当ケアマネ連絡先)	- -	
その他 保険等	健康保険	種別 : 番号 :			
	年金保険	種別 : 国民年金・厚生年金・共済年金・恩給・その他 ()			
	障害者手帳	種類 : 身体障害・知的障害・精神障害 / ()級 / 障害名 ()			
経済状況	本人収入	年金 : 万円 / 年		その他 : 万円 / 年	
	住民税	本人 : 課税・非課税		世帯 : 課税・非課税	
身体状況	療養中の病気	感染症 (有・無)			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・在宅酸素・インスリン注射・薬 (有・無) その他 ()			
	病歴	(発症 年 月頃)		(発症 年 月頃)	
	食事	自立・一部介助・全介助		常食・刻み・軟食・ミキサー食	
	排泄	自立・一部介助・全介助		トイレ・ポータブルトイレ オムツの使用 (常時・夜間のみ)	
	入浴	自立・一部介助・全介助		自宅での入浴 (可・不可)	
	移動	自立・一部介助・全介助		杖・歩行器・車いす	
	視力	日常生活に支障 無し・有り ()			
	意思疎通	普通・やや困難 ()・困難 ()			
家族状況	同居家族	一人暮らし・夫婦二人・家族と同居 ()・その他 ()			
	主たる介護者 氏名	()		続柄 ()	
	介護者の健康状態	: 良好・普通・病気療養中 (病名: / 入院・通院)			
	介護者の就業状況	: 有り (職種: / 日・週: 時間)			

<個人情報の保護について> 上記の内容について目的以外の利用はいたしません。利用者(申込者)の同意を得ずに、第三者に開示提供はいたしません。(入所後、緊急を要する場合には除く)外部へ漏えいすることのないよう厳重に管理いたします。

申込者 (家族・身元引受人)

〒

住所

氏名	印
続柄	
電話番号	
携帯番号	

社会福祉法人 信輪会

岐阜県安八郡輪之内町中郷新田2408番地

電話番号 0584-69-5551 (担当)

E - メール info@shinwa-k.or.jp