

特定有料老人ホーム「そよ風」申込書

社会福祉法人 睦 会  
総合福祉施設 須坂やすらぎの園  
理事長 大島 順道 様

特定有料老人ホーム「そよ風」に入居したいので、下記の通り、申し込みします。

◎ 記入もれのないようご記入ください。 年 月 日

|                                                                        |            |                         |           |            |                                    |                 |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|-----------|------------|------------------------------------|-----------------|
| 入居者                                                                    | ふりがな<br>氏名 | 印                       | 性別        | 男・女        | 生年月日                               | 大正昭和 年 月 日 ( 歳) |
|                                                                        | 住所         | 〒 ( 町) 電話 ( )           |           |            |                                    |                 |
| (身元引受人<br>連絡先①)                                                        | ふりがな<br>氏名 | 印 ( 歳)                  | 続柄        |            |                                    |                 |
|                                                                        | 住所         | 〒                       | 連絡先       | 自宅・携帯 Eメール |                                    |                 |
| 連絡先②                                                                   | ふりがな<br>氏名 | ( 歳)                    | 続柄        |            |                                    |                 |
|                                                                        | 住所         | 〒                       | 連絡先       | 自宅・携帯 Eメール |                                    |                 |
| 利用したい理由                                                                |            | 希望入所日<br>・ 月頃 ・退院後 ・いずれ |           |            | 現在申込中のほかの施設                        |                 |
| 現在の生活状況                                                                |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 主治医 : 病医院名 主治医 通院していない                                                 |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 入院中 : 病医院名 入院期間 月 日 ~ 月 日まで                                            |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 施設入所中 : 施設名 入所期間 月 日 ~ 月 日まで                                           |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 介護保険<br>被保険者番号                                                         |            |                         |           |            | 認定の有効期間                            | 年 月 日 ~ 年 月 日   |
| 介護度                                                                    |            | 負担割合                    | 担当ケアマネジャー |            |                                    |                 |
| 要介護 1 2 3 4 5                                                          |            | 割                       | 所属 氏名     |            |                                    |                 |
| 現在利用している介護サービス(事業所名、回数など)                                              |            |                         |           |            |                                    |                 |
| ・デイサービス( ) ・デイケア( ) ・ショートステイ( ) ・訪問介護( )                               |            |                         |           |            |                                    |                 |
| ・訪問看護( ) ・訪問リハビリ( ) ・福祉用具レンタル( ) ・その他( )                               |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 認知症状                                                                   |            | あり なし                   | 現病名       |            | 既往歴                                |                 |
| [ 症状 :                                                                 |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 身体状況                                                                   |            |                         |           |            | 家族状況: 同居者あり 一人暮らし<br>どちらかに○をしてください |                 |
| 食事 : 自立 ・ 一部介助 ・ 介助 むせ : あり(程度 強・弱)・なし<br>[ 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他( ) ] |            |                         |           |            | 本人                                 |                 |
| 排泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 介助<br>[ トイレ ・ ポータブルトイレ ・ オムツ ・ その他 ( ) ]              |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 移動 : 歩行 ・ 杖使用 ・ 歩行器使用<br>[ 自立 ・ 見守り必要 ・ 支え必要 ・ その他( ) ]                |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 車いす使用 [ スタンダード ・ リクライニング式 ・ ティルト式 ]                                    |            |                         |           |            |                                    |                 |
| 生活の様子 [                                                                |            |                         |           |            |                                    |                 |