

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他施設に入所中（施設名 _____）
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族がない（一人暮らし） <input type="checkbox"/> 同居家族がいる（ _____ 世帯 _____ 人家族）
入居を希望する理由 （該当するものはすべて選んでください）	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病気等から退所等が求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> 在宅サービスを受けていてもサービスの限界があり生活が出来ないため。 <input type="checkbox"/> 経済的な理由から必要なサービスを受けることができないため。 <input type="checkbox"/> その他 [_____]

他施設 入居申込状況	<input type="checkbox"/> 「横雲の里」のみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 （他の施設名） [_____]
---------------	---

担当ケアマネジャー （介護支援専門員）	氏名	連絡先	TEL	—	—
	事業所名				

留意事項	<p>本入居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居した場合は、必ず当施設に連絡してください。</p> <p>（連絡先） 特別養護老人ホーム 横雲の里 住所 新潟市江南区阿賀野 1-2-1 電話 0250-61-5555 担当者 生活相談員 小林 淑子</p> <p><u>※申し込みの有効期間は入居申込みの日から3年間です。3年が経過しましたらお手数ですが、改めて入居申込みの手続きをお願いします。更新の手続きをされない場合、申込が取り下げとなります。尚、施設から申込みの更新についての連絡は致しませんのでご了承ください。</u></p>
------	--

説明確認及び情報収集に係る同意	<p>私は、貴施設への入居申し込みの際し、入居申し込みから入居契約までの手続き及び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。</p> <p>なお、貴施設が入居順位決定のための必要な範囲内において、私（入居希望者及びその家族）に関する情報を、市区町村、担当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に同意します。</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>入居希望者 _____</p> <p>入居希望者の家族 _____</p>
-----------------	--

記入例

受付日	年 月 日	受付番号	第	号
申し込みの有効期限は受付日から3年間です。 年 月 日まで				

特別養護老人ホーム 横雲の里 入居申込

ご希望される設備体系
に☑してください。【 従来型 地域密着型ユニット型 】※太枠の中をすべて記入してください(不明な点にご相談ください)。 欄は該当するものに☑を記入してください新規更新

申込者 (連絡先)	住所	〒 956-0000 新潟市江南区000 0丁目0-00
	氏名	(ふりがな) よこごし たろう 横越 太郎 (入居希望者との続柄 長男)
	電話番号	0250-00-0000

入居希望者 氏名	(ふりがな) よこごし はなこ 横越 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
		生年月日	大正・昭和 2年0月11日(85歳)
現住所	新潟市江南区000 0丁目0-00 (電話番号 0250-00-0000)		
介護保険	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	保険者 新潟市
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定期間	令和元年1月1日 ~ 令和4年12月31日	
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 新潟県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 ()		
主治医	病院名 (〇〇総合病院) 医師名 (〇川〇〇子先生)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
	脳梗塞後遺症	〇〇病院	昭和・平成・令和 9年4月~ 昭和・平成・令和 年 月~ 昭和・平成・令和 年 月~
既往歴			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
大腿骨(右)骨折	〇〇病院	昭和・平成・令和 2年7月頃	
白内障手術	〇〇〇眼科	昭和・平成・令和 5年12月頃	
		昭和・平成・令和 年 月	

