

入所申請を希望される方

よこぶきの郷に入所希望をいただきありがとうございます。
入所申請書について、わかる範囲で記入をお願いいたします。

- ・続柄は入所される方から見ての関係になります。(例 長男 長男嫁 孫)
- ・待機場所 病院に入院されている方は病院名、老健に入所されている場合はその老健名、ショートステイを利用している場合は自宅
- ・かかりつけ病院は認定時に主治医の意見書を書いてもらった病院名
- ・家族構成 入所希望者からの続柄 その方を入れての人数

身体状況

- ・認知症状 有場合は症状（徘徊、物忘れ、異食等）
- ・整容、着替 自立 用意が必要 順番指示
- ・麻痺、拘縮 動かない身体の一部 腕が上がらない 下肢の筋力が弱っている（下肢筋力低下）
- ・今までかかった病気
- ・他の申請されている特別養護老人ホーム（他に申請しても入所順番には影響しません）
- ・主介護者 家に帰った時に主に介護される方
- ・担当ケアマネージャー 老健、療養型に入所している場合は記入の必要はありません
- ・一番下の同意欄には申請者（申請書を記入された方・入所時に身元引き受けになれる方）の名前を記入し押印をお願いいたします。

※介護保険証のコピーを同封してください。

ご不明な点がございましたら担当米山までご連絡をお願いいたします。

地域密着型介護老人福祉施設よこぶきの郷

TEL 0 5 5 4 - 4 6 - 5 5 6 5

よこぶきの郷 入所申請書

令和 年 月 日

施設長 山本政雄 殿

申請者氏名

続柄()

住所 〒 _____ 番地 _____

電話番号

携帯電話番号

入所したいので申請いたします。

フリガナ		性別	保険者	市
氏名		男・女	介護保険 被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	介護度	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
現住所	〒 ー 電話 （ ）			
待機場所 【現在の居所】				入所・入院時期 令和 年 月頃から
かかりつけ医療機関			家族 構成	独居 ・高齢者世帯・ 人世帯・その他 （ ）と同居
身体状況	食事	自立・一部介助・全介助（ ）		整容・着替
	排泄	自立・介助（トイレ・オムツ・その他（ ）		麻痺・拘縮
	移動	歩行（自立・介助）車椅子（自操・介助） 認知症状（有・無）		
現在治療中の病気 既往歴				
他施設申請状況		（ 有・無 ）		
主介護者	氏名		生年月日	本人との関係
担当ケアマネジャー	事業所 氏名			
特記事項				

同意欄	私は、入所希望者のに関する情報を、上記の機関・施設・施設職員・家族・その他サービス提供事業者等に照会することに同意します。					本人との続柄
	令和	年	月	日	氏名	印（ ）