

三恵会高齢者施設統一様式① **利用申込書**

申込番号	/
初回申込日	/
今回受付日	/

申込者	氏名	印 続柄:
	住所	
	電話	

社会福祉法人三恵会の以下の施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

尚、入所のための待機期間中に、貴施設以外に入所が決定した場合、又、要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合には、速やかに貴施設に連絡いたします。

利用を希望する施設に○印を記入してください 【○の中に希望順番を記入】 【入所中の施設には●を記入】			
	特別養護老人ホーム「きぼうの苑」		老人保健施設「リハビリステーション三恵荘」
	特別養護老人ホーム「ハートランド三恵」		グループホーム「かがやき」
	特別養護老人ホーム「うみかぜ」		老人保健施設「希望の館」(東温市)

* 特別養護老人ホームは、原則として要介護3～5以外の方は申し込みができません。

入 所 者 の 状 況	フリガナ 氏 名	男・女	保 険 者 被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	1・2・3・4・5・(その他:)
	現 住 所	〒 電話番号 ()	認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 別居だが同一敷地内または近隣に家族がいる <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている(病院・老健・特養・ケアハウス・グループホーム他) 【施設(病院)名: 入所(入院)日:平成 年 月 日】		
	介護者の有・無	<input type="checkbox"/> 介護者が誰もいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる 介護者の氏名: 続柄: 介護者の生年月日: 年 月 日(歳) 同居・別居		
	入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が生活のため仕事に就いているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が未就学児の子や孫の世話をしているため介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が病気や障害などで介護が困難なため <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"/> その他() 注:施設や病院から退所(退院)を求められている場合は、自宅での生活状況を想定してご記入ください。		
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じよく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 傷病名() <input type="checkbox"/> 医療機関名・主治医()		
	申込状況	<input type="checkbox"/> 貴施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(施設名:)		
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる *事業所名() 名前() <input type="checkbox"/> いない		
	希望の部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 *但し、施設によって部屋のタイプが決まっている場合があります。		

* 老人保健施設「リハビリステーション三恵荘」、「希望の館」へ利用を希望する方のみ記入してください。

利用区分	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(介護予防含む) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(介護予防含む)
今後の方針	<input type="checkbox"/> 家庭復帰を希望【具体的にどうなれば可能か: ()】 <input type="checkbox"/> 生活施設利用を希望【申請: 未・済()】 <input type="checkbox"/> その他 ()

社会福祉法人三恵会の入所指針の説明を受け、次のことについて同意します。

1. 入所申込に必要な「介護認定調査に係る情報」を市町村から得ること。
2. 市町村から要求があった場合、この申し込み情報を市町村に提供すること。
3. 上記の複数の施設を利用希望する場合、この申し込み情報を各利用希望する施設に提供すること。

年 月 日

氏名(本人又は代理人)

印