

施設利用申込書

※希望申し込みに尚古園 サテライト特養尚古園 短期利用 山径
 受付年月日 令和 年 月 日 受付者()

ふりがな			男	生年月日 大正・昭和			
氏名 (入所希望者)	①		・ 女	年 月 日 (歳)			
住所	(〒 -)			☎			
申込者 (身元引受人)	氏名 (続柄) (歳) 携帯						
	(〒 -)			☎			
家族等の状況	・入所希望者と <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ・主介護者以外の協力者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
介護保険	被保険者番号			保険者番号			
	要介護度(※1)			負担減免(段階) <input type="checkbox"/> なし	負担割合	割	
	認定日	R 年 月 日	認定期間	R 年 月 日～	R 年 月 日		
居宅介護 支援事業者	事業所名: ☎		担当介護支援専門員:				
かかりつけ医	病院名		主治医	受診頻度 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 不定期			
日常生活の現状に○をつけてください							
視力	・普通 ・弱視 ・全盲			自分で可	見守り	一部介助	全介助
聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴		食事				
言葉	・普通 ・少し不自由 ・不自由		摂取量	・完食 ・(割) / トロミ使用・あり ・なし			
褥瘡	・無 ・有(部位・程度)		入浴				
おむつ	・無 ・有(昼夜・夜のみ)		排泄				
認知症	・無 ・有(軽度・中度・重度)		衣服着脱				
徘徊	・無 ・有(昼夜・昼のみ)		歩行移動	・独歩 ・杖 ・歩行器 ・車椅子			
年金	・無 ・有 (国民 厚生 遺族 共済 年金)		身障者手帳	無・有(種 級) (障害名)			
現在の 居所	・自宅 ・病院() ・ロングショート() ・介護保険施設() ・その他()						
既往歴・現病・入院歴等(詳しく)			家族構成				
入所時期 (該当に○)	1. 今すぐ (理由:) 2. 1年以内を希望 3. 将来的に希望 4. その他()						
申請状況	<input type="checkbox"/> 尚古園のみ <input type="checkbox"/> 他施設申請中()()()()						

生活歴・特記事項等は裏面にご記入ください。

※1: 特別養護老人ホームは原則として要介護3以上の認定を受けた方の入所施設です。
 要介護1又は2の方について、特例的な入所が認められる場合があります。裏面をご覧ください。(※2)
 社会福祉法人 善隣会

