

老人ホーム雁の郷・雁ハウス 入所申込書

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

申込者

住所：
氏名：
電話：
居宅介護支援事業所：

次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況	フリガナ		性別	被保険者番号									
	氏名		男・女	要支援・要介護度	要介護 ・ 要支援 1・2・3・4・5								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		要介護 認定期間	平・令 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
	現住所	〒 -											
	現況	<input type="checkbox"/> 自分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"/> 特養などの施設や病院に入っている 施設や病院等に入っている方は記入してください。 ◆施設名又は病院名：() ◆入所又は入院期間： 年 月 日から入所・入院している。											
	入所を希望する理由 (該当するものを全て選んでください)	<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"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく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"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()											
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までにしたい											
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 () 【現在治療中の病気・特記事項等】 ()											
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係									
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平成 年 月 日								
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)											
	意見	【介護をしているうえで困っていること等】											

受付担当者 ()