

オペラハウス鴨方 入所申込書(1/2)*裏もご記入ください

申込日 年 月 日

| | | | | | |
|----------|--|-----------------------|------|-------------------|-----|
| 本人 | (ふりがな) | | 性別 | 市町村(保険者) | |
| | 氏名 | | 男・女 | 被保険者番号 | |
| | 認定期間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで | | | |
| | 生年月日 | 大・昭 年 月 日(満 歳) | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| | 住所 | 〒 | | | TEL |
| 家族・申込者意向 | 氏名 | | 続柄 | 住所 | |
| | TEL | 自宅: () - | 携帯: | - | - |
| 入所時期 | <input type="checkbox"/> 早期希望 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 順番がくるまで急がない | | | | |

| | | | | | |
|-----------|--------------------|---|---------|--------------|----------------|
| 本人・介護者の状況 | 現在の居場所 | *○をして下さい → 施設や病院にいる ・ 1人暮らし ・ 高齢者のみで生活 ・ 家族と生活 | | | |
| | | 施設名・病院名 | 入所、入院期間 | 年 月 日から入所・入院 | |
| | 入院または入所した理由 | | | | |
| | 入所申込理由 | <input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者がいない(□介護者が入院、入所 □介護者が遠方に在住) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、十分な介護力がない(□要介護状態 □病気 □傷害あり) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない。 (介護者が □要支援・高齢 □就労中 □他にも介護している □育児している) <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められている <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院での療養費がかなり負担になっている | | | |
| | | 該当するものすべてにチェックして下さい。 状況詳細 | | | |
| | 利用中のサービス | 通所サービス | 回/週 | 事業所名: | 居宅介護支援事業所名 |
| | | ホームヘルパー | 回/週 | 事業所名: | |
| | ショートステイ | 日/月 | 事業所名: | | |
| | 訪問看護 | 回/週 | 事業所名: | ケアマネジャー氏名 | |
| 年金 | 基礎・厚生・他()月額約 万 千円 | | | | |
| 家族図 | *施設側で記入します | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | ご家族の関係等 | 評価点数*施設側で記入します |
| | | | | | 介護度 |
| | | | | | 介護者の状況 |
| | | | | | 医療的処置 |
| | | | | | 住環境 |
| | | | | | サービス利用状況 |
| | | | | 待機期間 | |
| | | | | 合計 | 点 |

