

オペラハウス鴨方 入所申込書(1/2)\*裏もご記入ください

申込日西暦 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	年 月 日 ~ 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	氏名		続柄	住所	
	TEL	自宅: ( ) -	携帯:	-	-
意向	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"/> 身寄りがい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ため <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="radio"/>		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

