

# 施設ご利用申込書

受付年月日                    年            月            日（受付者                    ）

（入所・短期入所・通所・訪問介護・居宅）判定年月日                    年            月            日                    可 ・ 否

ふりがな				男	生年月日	明治・大正・昭和		
氏名  (住所)				・ 女	年            月            日 (            ) 歳			
	〒				電話			
申込依頼者  (住所)	氏名			歳 (続柄)		携帯		
	〒			電話				
緊急連絡先  (住所)	氏名			歳 (続柄)		携帯		
	〒			電話				
被保険者番号				保険者番号			負担割合	
交付年月日				要介護度			介護保険負担限度額認定証	
認定年月日				認定有効期間				
居宅介護支援 事業所名	事業所名							
	担当介護支援専門員名							
身長	c m		体重	k g		※日常生活現状態に○印をつけてください		
視力	普通	弱視	全盲	眼鏡		自分で可	一部可	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	補聴器		食事		
言語	普通	少し不自由	不自由	失語症		服薬		
褥瘡	なし	あり	部位		程度	口腔衛生		
おむつ	なし	あり	(昼夜 ・ 夜間のみ)			入浴		
リハビリパンツ	なし	あり	(昼夜 ・ 夜間のみ)			排泄		
徘徊	なし	あり	(昼夜 ・ 夜間のみ)			着脱		
認知症の程度	なし	あり (軽度・中程度・高度)			歩行			
食事	(主) 常食    お粥    ペースト    経管 ・ (副) 常食    キザミ    極キザミ    ペースト							
カロリー制限	Kcal			アレルギー		有・無		
	特記事項			かかりつけ医				
義歯	上下義歯	上のみ	下のみ	自歯		服薬                    有 ・ 無		
傷病名・傷病暦・入院暦				家族構成				
ご自宅の様子 (もしくは生活歴)				特記事項 (申込理由)				

## 「施設ご利用申込書」提出時のご案内

特別養護老人ホームうれしのの里の申込み書類とパンフレットです。

ご提出の際は、以下の点についてご注意ください。

1. 以下の書類を合わせてご提出下さい。

- ①「施設ご利用申込書」・・・裏面を参考に、ご家族など申込み者がご記入下さい。
- ②「指定介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書」・・・担当ケアマネジャーや入院中の病院の医療相談員などに記入を依頼して下さい。
- ③「介護保険被保険者証」のコピー（表面の三面全てをコピー。有効期間内のもの。もしくは直近のもの）

※書類の提出を急がれる方、すぐに揃わない方はご相談下さい。

※他施設等に入所の際に作成した健康診断書や市の健康診断の結果などがありましたら、そのコピーも同時にご提出下さい。

※先に面談(ご相談)・ご見学をしていただき、それからの書類提出でも構いません。

2. 提出の際は、必ず「持参」か「郵送」でお願いいたします。「FAX」および「メール」での受付は一切行いません。

3. ①②③の3点をご提出いただいた時点では、「仮受付」とさせていただきます。後ほど申込依頼者の方に面談および施設見学の日程を調整するために、必ず施設よりご連絡させていただきます(先に面談・ご見学された方は正式に受理させていただきます)。

4. 面談が終了した時点で、「施設ご利用申込書」を正式に受理いたします。「施設ご利用申込受理書」を交付させていただきます(「施設ご利用申込書」を送付しただけでは、正式な受理とはいたしません。必ず面談が必要になります)。

※先に面談・ご見学された方で「ご郵送」等でお申込みの方については、書類に不備がなければ、「施設ご利用申込受理書」を郵送にて交付させていただきます。

5. 入所検討会に際し、施設から面接に伺わせていただきます。面接後に検討させていただき、その結果をお知らせします。なお、当施設へ入所する際に必要な「健康診断書」は、入所「可」となった後に当施設の書式にて提出していただきます。

施設長はじめ職員一同心からお待ちしております。



(裏面あり)

社 会 福 祉 法 人 心 会  
特 別 養 護 老 人 ホ ー ム う れ し の の 里  
相 談 課

〒185-0032 国分寺市日吉町4-32-6  
TEL 042-300-1308  
FAX 042-325-1302

# 施設ご利用申込書(記載例:赤字部分)

受付年月日 年 月 日 (受付者 )

(入所・短期入所・通所・訪問介護・居宅) 判定年月日 年 月 日 可・否

ふりがな	うれしの さとこ	男	生年月日	明治・大正 <b>昭和</b>
氏名	<b>嬉野 さとこ</b>	<b>女</b>	「介護保険負担割合証」の割合を記入して下さい。	5年 5日 1日
住所	〒185-0032 国分寺市日吉町×-×-×	電話	××××××××	
申込依頼者(住所)	氏名 <b>嬉野 ぶんじ</b> (55歳(結婚) 長男) 携帯 090-××××××××	電話	042-××××××××	
緊急連絡先(住所)	氏名 <b>日吉 ころ</b> (孫) 携帯 042-××××××××	電話	090-××××××××	
申込依頼者と別の方をご記入ください。	保険者番号	負担割合	×割	
認定年月日		要介護度	介護保険負担限度額認定証	<b>第×段階</b>
居宅介護支援事業所名	事業所名	担当介護支援専門員名	在宅時にケアマネがついていたら記入して下さい。	
身長	150 cm	体重	45 kg	※日常生活現状態に○印をつけてください
視力	<b>普通</b>	弱視	全盲	眼鏡
聴力	普通	<b>やや難聴</b>	難聴	補聴器
言語	<b>普通</b>	少し不自由	不自由	失語症
褥瘡	<b>なし</b>	あり(部位・程度)	口腔衛生	
おむつ	<b>なし</b>	あり(昼夜・夜間のみ)	入浴	
リハビリパンツ	なし	<b>あり</b> (昼夜・ <b>夜間のみ</b> )	排泄	
徘徊	なし	<b>あり</b> (昼夜・夜間のみ)	着脱	
認知症の程度	なし	あり(軽度・ <b>中程度</b> ・高度)	歩行	
食事	(主) 常食 <b>お粥</b> ペースト 経管・(副) 常食 <b>キザミ</b> 極キザミ ペースト	カロリー制限	1200/日 Kcal	アレルギー 有・ <b>無</b> かかりつけ医
義歯	上下義歯 上のみ 下のみ <b>自歯</b>	服薬	<b>有</b> ・無	
傷病名・傷病暦・入院暦	時系列で疾患名、入院医療機関などを記入して下さい。 高血圧(平成×年×医療センター) アルツハイマー型認知症(平成×年×クリニック) 大腿部頸部骨折(平成×年×病院 プレート固定) 脳梗塞(令和×年×病院)	家族構成	系図で、男性は□、女性は○ 亡くなられた方は■と記載して下さい。  米国在住 千代田区在住	
ご自宅の様子(もしくは生活歴)	ユニットバス&トイレ↓ 自室が2階にありエレベータがない。(1階はかつて店舗だったので生活できない)。階段が急でバリアフリーでないために、車イスを利用した生活はできない。	特記事項(申込理由)	ご本人や、支えるご家族等のお困りの状況などを記載して下さい。 母と2人暮らしていたが、私(長男)自身も関節リウマチを患い、介護ができない。妹は北海道、私の息子は米国で生活しており、千代田区で暮らす娘が唯一手伝ってくれていたが、子供が産まれたためにできなくなった。足の骨折後リハビリで階段を上がれるまで回復したが、今回の脳梗塞で右麻痺となり、自宅に戻るのは無理と言われている。老健××入所中。	

ご自宅の様子もしくはご出身や元気な時のお仕事、お仕事の内容等を記載して下さい。

社会福祉法人 心会