

老人保健施設サニーヒル 入所申込書

申込者(代理人) 今後、代理人先が連絡先となります。

申込日	
受付日	

〒 : _____	
住所 :	
氏名 :	続柄 _____
電話 : (_____) _____	

老人保健施設サニーヒルに入所したいので
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	保険者		
	氏名			被保険者番号		
	生年月日		年 月 日 () 歳	要介護度		
	現住所		〒 _____			
	現況		<input type="checkbox"/> 自宅で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: _____ ◇所在地(市町村名のみ) _____ ◇入所又は入院時期: 平成 _____ 年 _____ 月 から入所・入院している			
	介護者等の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> ア. イ・ウ以外の世帯 <input type="checkbox"/> イ. 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> ウ. 独居			
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> ア. 主たる介護者以外に必要時に協力者有り <input type="checkbox"/> イ. 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> ウ. 介護者はいない			
		介護者の年齢	<input type="checkbox"/> ア. 60歳未満 <input type="checkbox"/> イ. 60~74歳 <input type="checkbox"/> ウ. 75歳以上(介護者はいない)			
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> ア. 健康である <input type="checkbox"/> イ. 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> ウ. 介護者自身が要介護者である(介護者はいない)			
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> ア. 十分に介護に当たる時間有 <input type="checkbox"/> イ. 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ウ. ほとんど時間が取れない(介護者はいない)			
	要介護者との関係		<input type="checkbox"/> ア. 良好 <input type="checkbox"/> イ. 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> ウ. 十分な介護が出来ておらず、最低限の関わりのみ(介護者はいない)			
	生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所中で退所の働きかけがない <入所中で退所の働きかけがある=入所可能期間 <input type="checkbox"/> イ. 制限なし <input type="checkbox"/> ウ. 6~12ヵ月 <input type="checkbox"/> エ. 6ヵ月未満 <input type="checkbox"/> オ. 自宅等			
		在宅サービス利用率	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 限度額の40%未満 <input type="checkbox"/> ウ. 限度額の40%~60%未満 <input type="checkbox"/> エ. 限度額の60%~80%未満 <input type="checkbox"/> オ. 限度額の80%以上			
		在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> ウ. まあまサービスを利用している <input type="checkbox"/> エ. 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> オ. ほとんどサービスを抑制している			
		保険料の段階	<input type="checkbox"/> ア. 第5段階以上 <input type="checkbox"/> イ. 第4段階 <input type="checkbox"/> ウ. 第3段階 <input type="checkbox"/> エ. 第2段階 <input type="checkbox"/> オ. 第1段階			
		住居	<input type="checkbox"/> ア. 施設・病院等に入所(院)中 <input type="checkbox"/> イ. 快適な生活のできる住宅 <input type="checkbox"/> ウ. 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> エ. かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> オ. 帰る住まいがない			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> _____ 頃までに入所したい				
	入所目的	<input type="checkbox"/> 機能訓練し在宅復帰 <input type="checkbox"/> 在宅生活困難の為特養入所まで <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	入所希望期間					
	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】				
生活歴	・出生 ・学歴 ・職歴 ・結婚歴 ・子供 ・その他					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の施設申し込んでいる、又は今後申し込む予定 ◇既に申し込んでいる他の施設名 (_____) (_____) ◇今後申し込む予定の他の施設名 (_____) (_____)					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係		
	氏名			生年月日	昭和 _____ 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	【介護をしている上で困っていること等】					
紹介事業所 (又は支援センター名)	電話番号 _____ - _____				担当 _____	