

# 菊の園 利用申込書・入所判定書

特別養護老人ホーム 菊の園

平成 年 月 日

|                            |   |                         |     |           |                |    |
|----------------------------|---|-------------------------|-----|-----------|----------------|----|
| 利用者<br>(本人)                | フリガナ  |                         | 男・女 | 生年月日      |                |    |
|                            | 氏名  |                         |     | 年齢        | 歳              |    |
|                            | 住所  | 〒                       |     |           |                | 電話 |
| 申込者<br>(家族等)               | フリガナ  |                         | 年齢  | 続柄:       |                |    |
|                            | 氏名  |                         |     | 歳         | 本人と同居・非同居      |    |
|                            | 住所  | 〒                       |     |           |                | 電話 |
|                            | 勤務先   |                         |     |           |                | 電話 |
| 関係者連絡先<br>(申込者以外)          | ①氏名   |                         | 続柄: | 電話        |                |    |
|                            | ②氏名   |                         | 続柄: | 電話        |                |    |
| 現在生活場所                     | 自宅・施設・病院  | 施設・病院名称                 |     |           |                |    |
| 他施設申込                      | ( ) ( ) ( ) ( ) ( )   |                         |     |           |                |    |
| かかりつけ医                     | 病院名   |                         |     | 主治医       |                |    |
| 介護保険                       | 被保険者番号  |                         | 保険者 |           |                |    |
|                            | 介護度   | 要支援・要介護                 |     | 1・2・3・4・5 |                |    |
|                            | 有効期間  | ～                       |     |           |                |    |
|                            | 負担割合  | 1割・2割                   |     | 負担限度額認定   | 有・無            |    |
|                            | 居宅介護支援事業所   |                         |     | ケアマネージャー  |                |    |
| 医療保険                       | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護<br>特記事項( ) |                         |     |           |                |    |
|                            | 負担限度額認定   | 有・無                     |     | 適用区分      | ア・イ・ウ・エ・オ・I・II |    |
|                            | 福祉医療受給者証  | 有・無                     |     | 特定医療費受給者証 | 有・無            |    |
|                            | 身体障害者手帳   | 有・無                     |     | 精神障害者手帳   | 有・無            |    |
| 収入状況                       | 利用者収入   | 年金(国・厚・共済・遺族・恩給・その他( )) |     |           |                |    |
|                            |   | 月額(約 円)                 |     |           |                |    |
| 家族などの<br>状況<br><br>(例)<br> | 氏名  |                         |     | 続柄        | 居所等、備考         |    |
|                            |   |                         |     |           |                |    |
|                            |   |                         |     |           |                |    |
|                            |   |                         |     |           |                |    |
|                            |   |                         |     |           |                |    |
|                            |   |                         |     |           |                |    |

男:□ 女:○ 本人:二重 死亡者:塗り潰し 同居者:囲み

|                                 |  |                   |
|---------------------------------|--|-------------------|
| 病歴                              | (これまでの病気、現在治療中の病気について)   | (内服薬 あり・なし)<br>薬名 |
| ご家族のご要望                         | (現在の介護状況、困っていること等)   |                   |
| 本人のこれまでの生活歴                     | (出身地、居住地、職業の履歴等)   | (本人の性格、趣味、社会活動等)  |
| 本人の現在の生活状況                      | (日常の過ごし方について)  | (本人と家族の関係について)    |
| 入所希望理由<br>(該当する事項全て)            | <input type="checkbox"/> 介護者がいないため                               |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等のため                        |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため                            |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため                           |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため               |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため                     |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため            |                   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 現在入所・入院している施設・病院から退所・退院を求められても在宅生活困難なため |                   |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |  |                   |
| 備考                              |  |                   |

確認事項  菊の園に入所する際は、利用者の住所を菊の園へ移すことに同意いたします。

添付書類  介護保険被保険者証の写し

## 個人情報等に関する同意書 平成 年 月 日

この度の貴施設利用申込にあたり、申込から契約までの決定方法について了承しました。

また、貴施設が、利用者( )の介護支援にあたっての診療経過や、身体機能などの個人情報について、利用者の関係する病院や各施設及び居宅介護支援事業所や介護支援専門員から情報を受けることについて同意いたします。なお場合によっては、関係する病院・施設・居宅介護支援事業所・介護支援専門員から直接貴施設へ情報提供がなされることがあることについても同意し、この情報提供に関することについては、貴施設の責を問いません。

申込者

(利用者との続柄 )