

受付日 年 月 日

特別養護老人ホーム 新潟 あそか 苑 入 所 申 込 書

*申込される方のお名前をご記入ください

申し込み者 氏名	(フリガナ)	申込日	年 月 日
住所	〒	続柄	()
		電話	()

入所希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
		性別	男・女 満 歳
現住所	〒	電話	()

介護保険	被保険者番号		整理番号	
	介護度	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
	負担限度	なし・あり (1・2・3)	保険者名	新潟市・その他 ()

医療保険 後期高齢 ・ 健保 ・ 共済 ・ 組合 ・ 生活保護

しょうがい者手帳 有 ・ 無 (種) (級) (しょうがい名) ()

経済状況	本人の収入	年金の種類
	有 ・ 無	国民年金 ・ 厚生年金 ・ しょうがい年金 ・ 遺族年金 ・ 恩給 老齢福祉年金 他 ()

現状 自宅 (主介護者 様) *一人暮らし ・ 高齢者世帯
 入院中 (病院) 施設入所中 (施設名)

経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう) カテーテル ストマ (人工肛門)
 酸素療法 インシュリン注射 透析 気管切開 他 ()

現在治療中の病気 *最近のものからご記入ください

病名	入院・通院・医療機関名	期 間

既往症 *最近のものからご記入ください

病名	入院・通院・医療機関名	期 間

入所希望者の意向

<入所時期>
 すぐにでも入所したい 年 月頃までには入所したい

<他施設の入所申込状況>
 新潟あそか苑のみに申し込んでいる
 他施設にも申し込んでいる
 他の施設名 ()

家族構成 (同一生計者・住民表上の同居者)				
氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)・電話番号
同居していない扶養義務者 (入所希望者の子)				
氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)・電話番号
身体状況				
視力	問題なし・問題あり()		食 事	自立・一部介助・全介助・経管栄養
聴力	問題なし・問題あり()			食事量(全量・半量・補助食)
言語	問題なし・問題あり()			食事制限 無・有()
意思疎通	問題なし・問題あり()		排 泄	自立(トイレ・ポータブル)
麻痺	無・有(部位:)			介助(トイレ・ポータブル・おむつ)
床ずれ	無・有(部位: 大きさ:)		入浴	一般浴・家庭浴・機械浴(中間浴・特浴)
立位	自立・一部介助・全介助・不可			認知症
歩行	自立(使用具:) 車椅子(自操・介助・リクライニング) 寝たきり			

説明確認及び情報収集に係わる同意

私は、貴施設への入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。尚、入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者 _____ 印

入所希望者の家族 _____ 印

留意事項	<p>本入所申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。</p> <p style="text-align: right;">【連絡先】 特別養護老人ホーム 新潟あそか苑 電話 (025) 263-8411 FAX (025) 262-1800 担当者名 _____</p>		
	担当介護 支援専門員	氏名	事業所名

(備考) *介護保険証のコピーを添付してください。

*この書類は、介護保険法に基づく事務処理以外には利用いたしません。