特別養護老人ホーム「ハピネスビラ」入所申し込み書

次のとおり施設入所を申し込みます。　　申込日　平成　　年　　月　　日

利用者（本人）	（ふりがな） 氏　名			性　別　（男・女）
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　（　　歳）		
	住　所	〒		
	現在の状況	自宅・施設・病院　（名称　　） 入所又は入院期間　　年　　月　　日　から（入所・入院）している。		
介護保険	保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5・申請中
	被保険者番号		認定期間	年　月　日 ～　年　月　日
	介護保険サービス利用状況	デイサービス・ショートステイ・デイケア・訪問介護・訪問看護・福祉用具貸与 介護老人福祉施設（特養）・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム その他（　　）		
	介護支援事業所名		介護支援専門員（担当ケアマネ連絡先）	ー　　ー
その他保険等	健康保険	種別：　　番号：		
	年金保険	種別：国民年金・厚生年金・共済年金・恩給・その他（　　）		
	障害者手帳	種類：身体障害・知的障害・精神障害　/（　　）級　/　障害名（　　）		
経済状況	本人収入	年金：　　万円/年　　その他：　　万円/年		
	住民税	本人：課税・非課税　　世帯：課税・非課税		
身体状況	療養中の病気	①　　②　　③　　感染症（有・無）		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・在宅酸素・インスリン注射・薬（有・無）その他（　　）		
	病歴	①　　（発症　年　月頃）　②　　（発症　年　月頃）		
	食事	自立・一部介助・全介助　　常食・刻み・軟食・ミキサー食		
	排泄	自立・一部介助・全介助　　トイレ・ポータブルトイレ オムツの使用（常時・夜間のみ）		
	入浴	自立・一部介助・全介助　　自宅での入浴（可・不可）		
	移動	自立・一部介助・全介助　　杖・歩行器・車いす		
	視力	日常生活に支障　無し・有り（　　）		
	意思疎通	普通・やや困難（　　）・困難（　　）		
家族状況	同居家族	一人暮らし・夫婦二人・家族と同居（　　）・その他（　　）		
	主たる介護者　氏名（　　）　続柄（　　） 介護者の健康状態　：　良好　・　普通　・　病気療養中（病名：　　/入院・通院） 介護者の就業状況　：　有り（職種：　　/日・週：　　時間）			

＜個人情報の保護について＞　上記の内容について目的以外の利用はいたしません。利用者（申込者）の同意を得ずに、第三者に開示提供はいたしません。（入所後，緊急を要する場合には除く）外部へ漏えいすることのないよう厳重に管理いたします。

申込者（家族・身元引受人）

〒

住所

氏名　　印

続柄

電話番号

携帯番号

社会福祉法人　信輪会
岐阜県安八郡輪之内町中郷新田2408番地
電話番号　0584-69-5551（担当　　）
E－メール　info@shinwa-k.or.jp