

入居（入所）申込書

申込者（今後連絡のつく方をお願いします）

| | |
|---|----------|
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 希望部屋（□にレ点を記入して下さい） | |
| <input type="checkbox"/> 多床室（4人部屋） | |
| <input type="checkbox"/> 個室（介護保険が別府市の方のみ） | |

| | |
|------|-----|
| 住所： | |
| フリガナ | 続柄 |
| 氏名： | () |
| 連絡先： | |

以下□に該当する場合はレ点の記入を

| | | | |
|-------------|---|--------|--|
| フリガナ | | 要介護度 | 1・2・3・4・5 |
| 氏名 | | 限度額認定証 | 有・無（ 段階） |
| | | 年金額 | 円 / 月 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | ケアマネ | 氏名： |
| 性別 | 男・女 年齢 歳 | | 事業所名： |
| 住所 | | 身元保証人 | 氏名： |
| 連絡先 | ☎ | | 続柄： <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 |
| 現況 | <input type="checkbox"/> 自宅で1人生活をしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入っている ⇒ 施設名・病院名 | | |
| 入居希望理由（複数可） | <input type="checkbox"/> 独居生活のため介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 老夫婦のみの世帯のため十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・院を求められているが、自宅での生活が困難なため ⇒ 退院・退所期限予定日 年 月 まで <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 入居希望時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日までに <input type="checkbox"/> 申込のみで時期は未定 | | |
| 医療行為の現状 | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう造設 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン（日 回） <input type="checkbox"/> 人工透析（週 回） <input type="checkbox"/> 吸引看護（日中/ 回）（夜間帯/ 回） <small>※夜間帯の吸引及びインシュリン投与に関しては職員配置の状況より対応しておりません</small> | | |
| 定期受診 | 病院名: / 頻度: 回(ヶ月) / 病名: | | |
| その他特記事項 | | | |

ここからは 特例入所該当者（要介護1・2）のみ記入して下さい。 複数回答可で判断に迷う場合は記載する必要はありません。

申込者は

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である