

特別養護老人ホーム ウェルガーデン大宮 入居申込書

(*) 受付日	令和 年 月 日
(*) 書類番号	
(*) 有効期限	受付日から 年 月 日まで

(*)はウェルガーデン大宮記載欄です。

①(申請者)

(フリガナ) 氏 名		入居希望者との関係	
住 所		電 話	第1連絡先 第2連絡先

②(入居希望者)

(フリガナ) 氏 名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒	電話番号			
介護保険 被保険者番号		介護保険 保険者番号			
要介護認定年月日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	要介護度	1・2・3・4・5

③(現在利用しているサービスの状況)

在宅サービスの利用状況		利用あり ・ 利用なし			
利用ありの方	居宅支援事業者名				
	担当ケアマネージャー名				
	居宅支援事業所 電話		居宅支援事業所 FAX		
	☆ 直近3カ月分のサービス利用表・別表の写しを送って下さい。				
利用なしの方	施設に入所している。	項目	(老健 ・ 特養 ・ ケアハウス ・ 養護 ・ グループホーム ・ その他)		
		施設名	()	利用開始日	年 月 日
	病院に入院している。	病院名	()	入院日	年 月 日

④(入居を希望する理由)

該当番号に○を付けて下さい。(複数回答可)	*備考 (具体的な理由があれば記載して下さい。)
1	介護者がいない
2	介護者はいるが障害や疾病の状況にあり介護が困難
3	介護者はいるが高齢等のため十分な介護が困難
4	介護者がいるが就業しているため十分な介護が困難
5	介護者はいるが育児又は家族が病気の状況にあり十分な介護が困難
6	介護保険施設に入所しているが変りたい
7	その他

⑤(申込みについての確認)

入居希望時期 (該当する番号に○を付けて下さい。)	1. 今すぐ入居したい。 2. 年 月頃までには、入居したい。		
申込の状況	ウェルガーデン大宮以外の施設に申込をしている方は施設名を記載し申込の待機期間を記入して下さい。		
	施設名	待機期間(年 月)	施設名 待機期間(年 月)
	施設名	待機期間(年 月)	施設名 待機期間(年 月)

⑥(介護負担限度額認定証お持ちの方へ)

介護保険負担額認定証に記載されている食費と居住費の限度額を記入して下さい。	ユニット型個室	円
	食費	円

⑦(医療状況について)

現在治療中の病気等について記載して下さい。()				
医療処置・対応等について右記の項目に該当する番号に○を付けて下さい。	1 インシュリン注射	2 在宅酸素法	3 人工透析	
	4 人工肛門	5 中心静脈栄養	6 カテーテル	
	7 経管栄養	8 気管切開の処置	9 皮膚疾患(褥瘡、その他)	
	10 感染症 → MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 疥癬 ・ 梅毒 ・ その他()			
	11 その他(内容)			
かかりつけ医	病院名		医師名	
	住所		電話	

⑧(現在入居希望者を介護される方の状況)

主たる介護者	フリガナ 氏名	性別 男・女	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	同居区分	1. 同居 2. 別居()		
	介護期間	年 月		
	①要介護状態・障害状態・疾病状態で	ない・ある → 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能		
	②育児や入居希望以外の看病をする状況に	ない・ある → 常時育児・看病が必要 ・ 半日育児・看病が必要 ・ 時々育児・看病が必要		
③複数の要介護者の介護をおこなって	いない・いる → 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能			
④就労状況	ない・ある → 8時間以上/日 ・ 4時間以上8時間未満/日 ・ 4時間未満/日			
従たる介護者	フリガナ 氏名	性別 男・女	本人との関係	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	介護の可能性	介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能		
	同居区分	1. 同居 2. 別居()		
	介護期間	年 月		
別居している血縁者による介護の可能性について		別居の血縁者なし ・ 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能		

⑨(説明確認)

特別養護老人ホーム ウエルガーデン大宮 施設長 様	
<ul style="list-style-type: none"> 私は入居申込にあたり、別紙「さいたま市特別養護老人ホーム優先入所指針」のとおり、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について、確認しました。 ウエルガーデン大宮に入居の申込みを致します。又、ウエルガーデン大宮が入居判定に使用する目的で、居宅支援事業所等からの情報提供を受ける事に同意します。 	
令和 年 月 日	入居希望者 氏名 (印)
	申込代理人 氏名 (印)

④最後にアンケートにご協力下さい。

入居申込後、施設見学のご希望はございますか？

見学済み ・ 希望しない ・ 希望する （希望日： / 時頃 ・ 未定 ）

ショートステイでの体験入所のご希望はございますか？（※1泊2日からご利用可能です）

希望しない ・ 希望する （希望日： / ~ / ・ 未定 ）

当施設に入居申込み頂けたきっかけは何でしたか？該当する箇所にチェックをお願いします。（複数回答可）

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホームページ | <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの紹介 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 家族・親族の紹介 | <input type="checkbox"/> チラシ・広告 | （) |
| <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 検索サイト | |
| <input type="checkbox"/> 当施設職員の紹介 | | |

ご協力ありがとうございました