

住宅型有料老人ホームサンパレス「温もりの苑」 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

「温もりの苑」管理者 様

申込人
☐ご本人
☐ご家族
☐代理人

住 所	〒		
ふりがな		本人との続柄	
氏 名		⑩	
電 話 番 号			

次の者が貴施設に入居したいので申し込みします。

ふ り が な			性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳
ご 本 人 の 氏 名			生年月日	M・T・S 年 月 日		
本 人 の 現 住 所	〒		電話番号	— —		
郵便等の送付先	☐ 同上	☐ 上記以外	住所	〒		
要 介 護 認 定 状 況	被保険者番号（右詰め）				保険者	
	要 介 護 度		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
	認 定 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日			
	担 当 ケ ア マ ネ		事業所名			
介護している方の 状況について	居住状況	☐ 同居	☐ 別居（住所）			
	疾 病	☐ あり（具体的な症状や頻度）				☐ なし
	就 労	☐ 働いている	☐ 自営業 ☐ 会社等勤務（ ☐ 常勤 ☐ パート） ☐ その他			
		☐ 働いていない	☐ 介護に専念 ☐ 高齢 ☐ 健康不安 ☐ その他（）			
	複数介護	☐ 申込者以外の介護や育児あり（具体的に：）				☐ なし
現在はどこにいますか	☐ 自 宅					
	☐ 病院・施設等（入院・入所）の場合 病院または施設名					

指定居宅サービスの利用はしていますか	☐ 指定居宅サービスを利用している。(但し、福祉用具貸与は除く。)			
	☐ 利用していない(理由：)			
	☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所			
	週・月あたりの利用日数	☐ 1～2日 ☐ 3～4日 ☐ 5～7日		
通所介護を利用している場合、どこのサービス事業所を利用していますか。 サンパレス サントピア その他 ()				
医療的処置はしていますか	現病名や既往歴			
	医療的処置の状況	☐ 経管栄養 ☐ 人工肛門 ☐ カテーテル留置 ☐ 酸素療法	☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡 ☐ 点滴	
参 考 事 項	行 動 障 害	☐ 徘徊 ☐ 不眠 ☐ 異食 ☐ 暴力 ☐ 弄便 ☐ その他 ()		
	健 康 保 険 種 別	☐ 後期高齢 ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険	年金種別	☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ その他
契約の際、保証人になれる方はいますか	①身元保証人候補者		続柄	
	住 所			
	②連帯保証人候補者		続柄	
	住 所			
日 常 生 活 動 作 介護が必要なものに○	食事 排泄 入浴 移動 整容 更衣			
	洗濯 掃除 買い物 通院			
健 康 管 理 等	か か り つ け 医		感染症の有無	有 ・ 無
	通 院 方 法	家族 その他 ()		
	服 薬 管 理	自己管理できる できない		
	認 知 症 状	なし あり ()		
	社 交 性	あり なし		
	問 題 行 動	なし あり ()		

※ 介護施設ではありませんので、介護のサービスはできません。日中、外部の介護サービスを利用することは可能です。

ただし、夜間の介護が必要な方につきましては、介護施設をご利用いただくことをおすすめいたします。

※ 申込の有効期限は1年とさせていただきますが、申込をそのまま継続する場合は電話でご連絡お願い致します。(申込キャンセルの場合も同様にご連絡下さい)