

住宅型有料老人ホーム海風 入居申込書

該当する欄に✓を入れて下さい

申込日 令和 年 月 日

入居希望者	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男性		
	氏名				<input type="checkbox"/> 女性		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	現住所	(〒 -)					
介護認定状況	<input type="checkbox"/> 介護認定を受けている（要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5） <small>※申し込み日現在の介護度に○をつけてください</small>						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 病院や施設等に入っている <small>※「病院や施設等に入っている方」は下記にご記入ください</small> ◇病院または施設名： _____ 所在地： _____ 市 ◇入院（入所）時期：平成・令和 年 月ごろから入院（入所）している						
入居を希望する理由 (該当項目すべて選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難 <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 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 病院・施設等から退院（退所）を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
ご家族以外で入居者の状況がわかる方	<input type="checkbox"/> 施設担当者 <input type="checkbox"/> 病院（MSW等） <input type="checkbox"/> その他 (_____) 事業所名 (_____) 担当者名 (_____) 連絡先 (_____)						
担当介護支援専門員	事業所名	担当者名（連絡先）					
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 施設入居判定に必要な情報提供を関係者に依頼してもよいです。（同意の場合✓）						
申込者および連絡先	氏名	続柄 (_____)					
	現住所	(〒 -)					
	連絡先	時間指定 なし・ _____ 時ごろ					
主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係			
	氏名		男・女				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している（住所 _____）					
	意見	【介護をしているうえで困っている事等】					
入居時期	<input type="checkbox"/> すぐに入居したい <input type="checkbox"/> いますぐではない <input type="checkbox"/> 安心のための申し込み						
申込状況	<input type="checkbox"/> 海風のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> ほかの施設の申し込みもしている、予定がある ◇既に申し込んでいる施設名 (_____) ◇今後申し込む予定の施設名 (_____)						
特記事項							

送付先：佐賀関病院（担当：原口） FAX：097-575-0732
Mail：k-haraguchi@sekiaikai.jp