

地域密着型特別養護老人ホーム エイジトピア浅田 入所申込書 2

入所を希望する理由 * 該当する項目をすべて選んでください	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者もないため <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市内及び隣接市町村外に住んでいる <input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が希望者の居住地と同一市内及び隣接市町村内に住んでいる <input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、高齢などの状況にあり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、又は就業しているため十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()
----------------------------------	--

家族状況 (身元引受人に○)	氏名	続柄	同居別居	別居の場合の住所	電話番号
			同・別		

身元引受人の状況	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、1日 時間程度)
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患などで定期的に通院中 (病名) ・入院していないが継続的な治療が必要 (病名) ・要入院加療 (ヶ月程度 病名)
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級 障害の種類:) <input type="checkbox"/> 障害なし
	要介護度	<input type="checkbox"/> 有 (要支援・要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 無
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 3カ月以上看病の必要な家族がいる (自宅療養 入院療養) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援 要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (級 種類:)