

施設利用申込書(□長期・□短期)

新規

**長期入所申込
留意事項**

- ・長期入所は原則要介護3以上になります。
- ・要介護1.2の方で特例入所等の必要な場合は担当介護支援専門員に特例入所意見書の添付をお願いします。
- ・入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項が変わった場合死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設にご連絡ください。
- ・定期的にトリアスから申請後の様子をご連絡させていただきますのでどうぞ宜しくお願い致します。

受付年月日 平成 年 月 日 介護老人福祉施設トリアス055-223-3303

介護保険被保険者番号 <small>(必須)</small>		市町村名()	
(フリガナ)		生年月日	M・T・S 年 月 日
利用希望者氏名		印	
		年齢(歳) 性別(男・女)	
住所	〒 - Tel() -	年金種別	
		障害者手帳	
		負担限度額	非該当・(第 段階)
家族構成		<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他	
(フリガナ)			
家族(身元引受人)責任者		印	
住所		Tel() -	
		携帯電話	
		☒ アドレス	
※窓口に来た方又は申請書を書いた方		氏名	
		連絡先	
要介護状態区分		(要介護 1・2) → 要件該当の場合は特例入所意見書の提出が必要です。	
		(要介護 3・4・5) 認定有効期間 平成 年 月 日まで	
食事	介助なし・半介助・全介助	認知症の程度(軽度・中度・重症)	
排泄	自立・トイレ誘導・オムツ使用	認知症による症状(例:物忘れ程度等)	
歩行・移動	自立 杖 歩行器等 車椅子		
入浴	介助なし 介助必要		
ご病気について		入所希望の理由	
かかりつけの病院・医院等()		<input type="checkbox"/> 介護者がいない(独居) <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等により介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が就労等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院から退院を迫られている <input type="checkbox"/> 経済的負担が大きい	
病名			
内服薬			
医療的処置	経管栄養・胃ろう・酸素療法・褥創治療中 インシュリン注射・ストマ・膀胱留置カテーテル		
現在の待機場所	自宅 病院() 介護老人保健施設()		
在宅サービス()	担当ケアマネジャー氏名() 事業所()		
<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 今すぐではない <input type="checkbox"/> 申込だけしておきたい			
・申込みを希望しておられるのは (<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 ・ <input type="checkbox"/> 両方)			受付 印

☆特例利用の入所要件認知症のある者であって、

- 日常生活に支障をきたすような症状、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、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。
- 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こと。