

申込 仮申込 岩戸ホーム サンヒルズ紫豊館 厚デイサービスセンター ライフ・ステージ舞夢

() 利用申込書

記入日 年 月 日

利用者欄	(ふりがな) 氏 名		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住 所	〒 -			(TEL -)			
申込者欄	(ふりがな) 氏 名				利用者との関係			
	住 所	〒 -			(TEL -)			
※短期入所生活介護の場合のみ希望する利用期間を御記入ください								
		平成 年 月 日	から	平成 年 月 日	まで	(日間)	
※ご利用曜日及びご利用回数								
		希望曜日	曜日	希望回数	回/週			
ご要望								
緊急連絡先①		氏名		住所				(TEL -)
緊急連絡先②		氏名		住所				(TEL -)
利用者について	介護保険/障がい者自立支援	要介護度/障がい支援区分	認定有効期間		被保険者番号/受給者証番号			
			年 月 日					
	かかりつけの医療機関名					主治医名		
	居宅介護支援事業所名/相談支援事業所名					担当者名		
	現在の主な病気					伝染性疾患	有・無	
受付日		年 月 日		受付担当者				

※仮申込は太字黒枠に記入

成光苑様式No.岩紫厚舞-01-200401

長期入所（施設入居）申込者用

①申込後以降に利用希望者の状況に変化があった場合情報提供をお願いします。

成光苑では、原則毎月、入所判定委員会を第三者委員様と共に開催しております。京都府の入居指針により、緊急性、介護の必要性等を判定の基準としており、申込時と状況が変わると入所順位が変更となる場合がありますので、6か月に一度現況をお知らせ頂きたく存じます。

6か月以上ご連絡のない場合は、申し込みが取り消しとなりますので、必ずご一報ください。

お知らせ頂きたい内容

1 現在の状況

在宅で生活を継続中

他福祉施設に入所中 施設名

入院中 退院見込み 年 月

2 現在の要介護度

3 居宅介護支援事業所名及び担当ケアマネジャー氏名

4 今後、施設から連絡を入れる際の連絡先

5 その他お困り事

②福知山には、岩戸ホーム、サンヒルズ紫豊館の2施設があります。両方に申込みの場合は、もう片方の施設にも情報提供をしてもよい。

説明を受け、同意します。

確認 平成 年 月 日

申込者氏名

基本聴き取り調査表（申込み時）

	項 目	チェック欄
介護者の状況	身寄りも介護者も全くない。	
	同居の介護協力者いない。	
	別居の親族等の近隣の協力者はいる。	
	別居の親族等の協力者がいるが遠方である。	
	独居だが、定期的に親族等が訪問している。	
	同居の介護協力者がいるが高齢である。	
	介護者が高齢、病気等で介護が困難である。	
	介護者が働いており、日中介護者が不在である。	
	介護者が病気入院中または療養中である。	
	介護者が複数の要介護者を介護している。	
	介護者の介護疲れがひどい。	
介護を担うことで、仕事ができず生活が維持できない。		
本人の状況（1）	日常生活に支障をきたす症状（行動）が頻繁にある。	
	日常生活に支障をきたす症状（行動）がときどきある。	
	日常生活に支障をきたす症状（行動）がたまにある。	
本人の状況（2）	最近3ヶ月自分の部屋からでたことがない。	
	最近3ヶ月自宅からでたことがない。	
本人の状況（3）	ショートステイなど入所型の施設を利用している。	
	訪問介護、通所介護など在宅系のサービスを利用している。	
本人の状況（4）	本人の現在の要介護度	

その他特記事項

--