

入 所 申 込 書

平成 年 月 日

アゼリーアネックス 施設長 殿

・お申込者

ふりがな		性別	生 年 月 日		
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明治・大正・昭和	年	月 日
			(歳)		
住 所	〒 -				
電話番号	()				
携帯電話	()				
保険者			保険者番号		
被保険者番号				要介護度	
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで				
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 () <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
居宅介護支援事業所					
ケアマネージャー					

・保証人の方

ふりがな		性別	連絡先	()
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続 柄	
住 所	〒 -			

・ご利用に関すること

利用料金の支払い	<input type="checkbox"/> ご本人が全額支払う		
	<input type="checkbox"/> 一部をご家族等が支払う	お名前	
	<input type="checkbox"/> 全額ご家族等が支払う	続 柄	
当施設へのご要望など	ご本人		
	ご家族		

・当施設から連絡をとる際の連絡先

ふりがな		性別	連絡先	()
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
住所	〒 _____			

・お申込者の状態

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 杖または歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 座位を保てない		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 おむつの使用 (<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 有り)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない		
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 難しい		
問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 特記事項 ()	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想・せん妄		
床ずれ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (部位)				
医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
感染症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()				
ご家族と 近親者の 現況	氏名	続柄	年齢	同居・別居	現在の職業
				同・別	
				同・別	
				同・別	

アゼリーアネックスへの入所申し込みにあたり、入所申込書に個人情報を開示することに同意します。また、入所審査の結果については異議を申し立てません。

平成 年 月 日

<お申込者氏名> _____ 印
 <保証人氏名> _____ 印

<入所のお申し込み方法とその後の流れについて>

1. 同封の「入所申込書」にご記入・ご押印の上、入所をご希望される方の「介護保険被保険者証」のコピーを1部添付して、返信用封筒にてご返送下さい。

※ 「入所申込書」のご記入にあたってはご不明な点があるかと存じますが、下記の「保険者」から「有効期間」までの項目は、当方で「介護保険被保険者証」のコピーを見れば記入できますので、空欄のままご返送していただいても差し支えはございません。

保険者											保険者番号			
被保険者番号	0	0	0								要介護度			
有効期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	まで			



2. ご記入いただいた「入所申込書」と「介護保険被保険者証のコピー」が到着次第、当施設で入所に向けて書類審査を行います。

※ 当施設での生活が困難であると判断された場合、「入所申込書」と「介護保険被保険者証」はそのままご返送いたします。あらかじめご了承ください。



3. 当施設での生活に特別な支障がないと判断され、到着日の時点で空室があった場合、面接を行わせていただきます。到着日の時点で満床の場合、入所待機者として空室が出るまで待機していただくこととなります。あらかじめご了承ください。



4. 面接の日程については打ち合わせの上、お申し込み者様とご家族様のご都合の良い日時を決定いたします。



5. 面接によりお申込者様の状態を拝見させていただき、最終審査を行います。最終審査の結果、特に支障がなければ入所が決定いたします。

※ 審査の結果、当施設への入所をお断りさせていただくことがございますのであらかじめご了承ください。



6. 実際のご入居の日程や、契約に関する書類、そのお手続きにつきましては別途ご案内いたします。