

特別養護老人ホーム天神の杜・第二天神の杜 入居申込書類

受付

① 入居希望ご本人様	ふりがな		性別	いずれか○印	生年月日	↓ いずれか○印			
	氏名			男・女		明治 大正 昭和	年	月	日
	住所	〒			電話番号	-		-	

入居希望施設 入居申込の希望施設について、○をつけてください。

1 天神の杜      2 第二天神の杜      3 両方

② 入居申込者

入居希望ご本人様が入居申込者の場合、住所・電話番号の記入は不要

特別養護老人ホーム天神の杜・第二天神の杜への入居申込を行います。  
また、入居申込書類の記載内容に間違いはございません。

記入日	年 月 日	ふりがな		Ⓜ	入居希望ご本人様との続柄
		氏名			
住所	〒			電話番号	-

③ 問い合わせ先

入居申込者が問い合わせ先の場合、③の記入は不要

ふりがな		入居希望ご本人様との続柄
氏名		
住所	〒	
	電話番号	-

ここからは、ケアマネジャーまたは相談員の方に記入をお願いします。

事業所名称		氏名 (ケアマネジャー ・ 相談員)	ふりがな
住所	〒		電話番号
			ファックス番号

入居希望への意見

ここからは、入居希望ご本人様に関するご質問となります。

④ 保険関係	介護保険認定の有効期間	年 月 日 ~				年 月 日					
	介護保険被保険者番号									↓ 該当するものに○	
	介護保険者番号					要介護度	1	2	3	4	5
	介護保険負担割合証	1割	2割	3割	認知症度	I	II	III	IV	V	
	介護保険負担限度額認定証	食費 300円	食費 390円	食費 650円	食費 1360円	持っていない					
	その他の減免証	( ) 持っていない									

⑤ 現在の状況

・ **居宅(在宅)におられる方**

ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。  
7の「その他」に○をされた方は、( )内に生活状況を書いてください。

- 1 独居                      2 昼間(日中)独居                      3 常時同居者がいる
- 4 ケアハウス              5 高齢者専用賃貸住宅              6 (介護なし)有料老人ホーム
- 7 その他( )

・ **施設もしくは病院におられる方**

ア ご本人様の生活状況であてはまるものに○をつけてください。

- 1 施設に入所中                      2 病院に入院中                      3 その他( )
- (「施設」：特別養護老人ホーム・(介護付き)有料老人ホーム・グループホーム・介護老人保健施設)

イ 記入日までの1年間に利用された、施設・医療機関名称とその期間を書いてください。  
(ショートステイは含みません)

施設・医療機関名称	期 間
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

⑥ 在宅サービスの利用状況

・ **記入日の前月に、居宅サービスを利用されましたか。**

- 1 はい                      2 いいえ



【 居宅サービスの例 】

ショートステイ・通所介護(デイサービス)・訪問看護  
訪問入浴介護・通所リハビリテーション(デイケア)  
訪問介護(ホームヘルパー)・訪問リハビリ等

※ 1の「はい」に○をされた方は、記入日の前月の『サービス利用表別表』(写し)をご提出ください。

⑦ 医療関係

・ **かかりつけ医について、下の表に記入をお願いします。**

医療機関名称	医師名	電話番号
		— —

・ **かかりつけ医以外に現在受診されている場合は、下の表に記入をお願いします。**

医療機関名称	診療科目(内科・外科等)	症状・受診内容等

・ **今までにかかれたご病気があれば、( )内に記入してください。**

( )

・ **身長と体重を記入してください。身長( )cm 体重( )kg**

・ **ご本人様の状況について該当するものに○をつけてください。**

その他の状況があれば、( )内に記入してください。

- 1 経管栄養【経鼻・胃ろう・腸ろう】                      2 在宅酸素                      3 褥瘡の処置
- 4 インシュリン注射【自己注射可・自己注射不可】                      5 透析
- 6 点滴・注射                      7 人工肛門の処置                      8 導尿カテーテル
- 9 その他( )



ここからは、ご家族様に関するご質問となります。

中心的に介護しておられる方(主たる介護者)に「◎」印、  
主たる介護者を補助しておられる方(従たる介護者)には「○」印を、「介護」欄に記入してください。

⑩ 同居の ご家族様	氏名(ふりがな)		年齢	ご本人様との続柄	職業	介護	

  

⑪ 同居 以外 のご 家族 様	氏名(ふりがな)	続柄	職業	住所	電話番号	介護	
				〒 -		- -	
				〒 -		- -	
				〒 -		- -	
				〒 -		- -	
				〒 -		- -	

⑫ ご家族様の介護の状況

- ・ **主たる介護者がおられる方**
  - ア 記入日現在の、主たる介護者の年齢・1週間の勤務時間を書いてください。  
年齢( ) 1週間の勤務時間( )時間
  - イ 主たる介護者がされている介護に○をつけてください。  
該当する項目がない場合は、( )内に介護内容を記入してください。
 

1 食事介助	2 オムツ交換	3 更衣介助	4 入浴介助
5 掃除	6 調理	7 洗濯	8 買い物
9 その他( )			
  - ウ 主たる介護者に介護困難なご事情がある場合は、該当するものに○をつけてください。  
該当するものがなければ、( )内に記入してください。
 

1 病気	2 障がいを持っている	3 ご本人様以外を介護している
4 育児	5 その他( )	
- ・ **施設もしくは病院におられる方**

面会を中心的にされている方について記入してください。

ご本人様との続柄( ) 面会の頻度( )

面会時にされていること( )

他に面会に行かれる方のご本人様との続柄( )

⑬ ご記入事項

入居ご希望の理由、ご家族に関する質問でご記入できなかったこと、質問以外の内容等があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。添付資料とともにご提出ください。

【 添付資料 】 ①サービス利用票別表(写) ②介護保険被保険者証(写)

特別養護老人ホーム 天神の杜  
〒617-0824 京都府長岡京市天神二丁目3番10号  
TEL 075-959-1230/FAX 075-955-1273

特別養護老人ホーム 第二天神の杜  
〒617-0853 京都府長岡京市奥海印寺竹ノ下19番地  
TEL 075-959-1220/FAX 075-957-2112

ホームページアドレス <http://www.tenjin-no-mori.or.jp>