

※ここからは、ご本人の介護を行っている方についてお聞きします。

| | | 氏名(ふりがな) | 生年月日(年齢) | 続柄(主たる介護者に◎) | 同居の有無 | 仕事の有無 |
|---|----------------------------------|---|------------|-------------------|-------|----------------------------|
| 介護を行っている方の状況 | 同居・別居に関わらず、介護を行っている方についてお書きください。 | | () | | 同居・別居 | フルタイム・パート・無 |
| | | | () | | 同居・別居 | フルタイム・パート・無 |
| | | | () | | 同居・別居 | フルタイム・パート・無 |
| | | | () | | 同居・別居 | フルタイム・パート・無 |
| | その他の介護を行っている方の状況 | ①介護を行っている方は、障害やご病気をお持ちですか？病名等をお答えください(※要支援・要介護認定を受けられていたらそれもお書きください。) | | 障害・病気が(ある・ない) 病名: | | ※要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) |
| 身体障害者手帳をお持ちの方は何級をお持ちですか？(1級・2級・3級・4級・5級・6級) | | 障害名をお書きください。 | | | | |
| 療育手帳をお持ちの方はAかBはお答えください。 | | A(重度) ・ B(中度・ 軽度) | | | | |
| 上記以外の場合にお書きください。 | | | | | | |
| ②複数人の介護・育児をして(いる ・ いない) | | どなたの介護をしていますか？ | | | | |
| ケアマネジャーはどこに頼んでいますか？ | 居宅介護支援事業者名 | 電話番号 | ケアマネジャーの氏名 | | | |
| 申し込み理由(特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。) | | | | | | |

※要介護1又は2の方は、以下の特例入所の該当要件にチェックの上、理由も記入してください。

| | |
|---|--|
| 特例入所の該当要件 | <input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られ、在宅生活が困難な状態のため <input type="checkbox"/> 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のため <input type="checkbox"/> 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十分に認められないことにより、在宅生活が困難な状態のため |
| | (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由) |
| ご記入いただいた情報について、本体施設: 泉クラシック、関連施設: 水泉荘と共有し、入居申込受付を希望されますか。 | |
| <input type="checkbox"/> 泉クラシック: 希望する <input type="checkbox"/> 水泉荘: 希望する (2施設とも希望の場合は2つにレ点) <input type="checkbox"/> 希望しない | |

ご本人の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定にかかる認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名・捺印をお願いします。

氏名(本人) _____ 印

代筆者 _____ 印

申込をされた後に、入所を希望される本人の状況(要介護度、心身の状況等)及び介護を行っている方の状況等に变化があった場合は、入所申込をされた施設に速やかにご連絡されるようお願いいたします。