

特別養護老人ホーム長命園入居申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日
受付番号	

【入居希望者の状況】

(ふりがな) 氏 名			生年月日	年 月 日()才
現 住 所	〒		性 別	男 ・ 女
要介護認定結果	介護保険番号被保険者番号 □□□□□□□□□□		祉申 施込 を設 みす へし べ特 たて 養介 記ホ 入―老 ム人 ―福	
	要介護度 (1・2・3・4・5) ※該当する介護度を○で囲んでください			
	有効認定期間 年 月 日～ 年 月 日			
現 在 の 居 所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名() 所在地 () 施設等へ入所又は入院した期間 (昭和・平成 年 月から)			
入 居 希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内に <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他()			
入居を希望する理由 (該当するものをいくつか選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が疲労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 住居環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他()			
医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ※ 病名 () ※ かかりつけ病院名 ()			
障 害 状 況	<input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 無 ・ 有 ()等級			
認知症等による 問題行動	<input type="checkbox"/> 該当なし			
	該当有りの場合は下の問題行動欄・発生頻度欄にレ印等をお願いします <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他具体的な状況 ()			
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 8割以上10割 <input type="checkbox"/> 6割以上 8割 <input type="checkbox"/> 4割以上 6割 <input type="checkbox"/> 2割以上 4割 <input type="checkbox"/> 2割未満	※ 担当ケアマネジャーに確認してください 現在居宅において、介護保険に居宅サービスの利用が、要介護度1～5の区分支給限度額(単位数)に占める割合 直近3ヵ月のサービス利用額(単位数)の合計を3ヵ月分の区分支給限度額(単位数)で除した数値(割合)		

支援事業所名		電 話	
担当ケアマネジャー			

【申込者連絡先】

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日		
		性 別	男 ・ 女	本人との続柄	
住 所			電 話		
家族からの意見	(介護をしているうえで困っていること等)				

【同居家族の状況】

	氏 名	年 齢	続 柄	住 所
1				
2				
3				
4				

【近親者の状況】

※子どもがある場合、同居以外の子ども、無い場合は孫の状況

	氏 名	年 齢	続 柄	住 所
1				
2				
3				
4				

【連絡順位】

	氏 名	昼 連絡電話	夜 連絡電話	備 考
第1				
第2				
第3				

※ 記入の必要はありません

	年	月	日	時点
本人の状況	介護の必要性	介護者の状況	その他	計
35	15	35	15	100