

特別養護老人ホーム長命園入居申込書

【入居希望者の状況】

申込日	年 月 日	
受付日	年 月 日	
受付番号		
(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 □□□□□□□□□□ 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	祉申 施込 を設み すへし べ特た て養介 記木護 入・老 ム人 ～福
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 いくつでも選んで 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"/> インシュリン注射 <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 <input type="checkbox"/> 該当なし	
認知症等による 問題行動	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"/> 徨徊 <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 ※ 担当ケアマネー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
担当ケアマネージャー		

【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