

特別養護老人ホーム 長寿園 入居申込書

	様	入所希望施設	1. ユニット型（広域型） 2. 多床室（地域密着型） 3. どちらでも良い	点
長寿園職員記入				

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

1. 申込者（連絡窓口）

(フリガナ)			
氏名		続柄	
住所	〒	連絡先	(携帯)
			(自宅)

* 連絡が見つからない場合は、入所の順番が遅くなる場合がございます。必ず連絡がつく連絡先をご記入ください

2. 入居希望者本人の情報

* □の項目には、✓をして下さい。

(フリガナ)				性別	M・T・S	年			
氏名				男・女	月	日	歳		
住所	〒								
要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			認定有効期限	年	月	日	～	
				年	月	日	まで		
介護保険被保険者番号				保険者					
* 上記は、介護保険証に記載がありますのでご覧になって記載して下さい。									
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている * 施設名または病院名及び、所在地を下記にご記入ください。								
	施設・入院名				年 月頃より 入所 ・ 入院				
					所在地				
年 金	<input type="checkbox"/> 年金受給者である <input type="checkbox"/> 無年金である <input type="checkbox"/> 生活保護である 年金受給者の方は、年金の種類と年間の給付額をご記入下さい。								
	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 労災年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 退職終身年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 法外援護給付金								
	年金額 (年間)								

ケアマネジャーの状況	依頼時期	年 月 日より			
	事業所名				
	所在地	〒			
	担当者				
	電話番号				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
	* 担当ケアマネジャーにご確認してください。病院及び老人保健施設等の場合は、ソーシャルワーカーや相談員又は保険者（市町村）にご確認してください。				
身体状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		食事の種類	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー	
			副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
		アレルギー	()		
		むせ込み	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる トロミ (つける つけない)		
		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分 (上 ・ 下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯		
		好きな食べ物	()		
		嫌いな食べ物	()		
	特記事項 (胃ろう・食事制限など)				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		下着の種類	<input type="checkbox"/> 自分の下着 (パット : あり なし)		
			<input type="checkbox"/> 紙パンツ (パット : あり なし)		
			使用する時間	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 昼のみ	
		<input type="checkbox"/> テープ止めオムツ			
		使用する時間	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜のみ		
		尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	排便のサイクル について	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日に1回 <input type="checkbox"/> それ以上 (日に一回)			
	特記事項 (下剤の使用・バルーンの使用・ストーマ使用など)				
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
洗身		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
更衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
特記事項 (入浴方法など)					

