

【 入居申し込み書 】

住宅型有料老人ホーム 笠之原長寿園 げんき 新川長寿園

入居を希望される施設に
チェックを入れて下さい。

貴施設への入居を希望するため、申し込みます。

また、入居申し込みに際しまして居宅介護支援事業者等の担当者から情報提供をうけることに
同意します。

チェックは「レ点」でも「塗り
つぶし」でも構いません。

※必ず捺印をお願いします。
押印無き物は無効です

令和 **年 **月 **日

(申込者)	(連絡先住所)	〒 8 9 * - * * * * ☎ 0994 ** - ****
	フリガナ	チョウジュ ハナコ
	氏名	長寿 花子 印 (続柄) 妻

入居を希望される
方の氏名をご記

入居時の情報として当事業所内で閲覧し他者へ漏れることはございません。

氏名	長寿 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	80歳
生年月日	□M □T ■S 8年 3月 31日	住所	〒 8 9 3 - 0 0 2 4 ☎ 0994 - ** - **** 鹿児島県鹿屋市下祓川町**番地		
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 同居者はいない(一人暮らし) <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族がいる: <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> ひ孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹				

住民票に記載されている住所
をご記入下さい。

入居を希望される方 介護保険 認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定済み	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	
	保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 鹿屋市 4 6 2 0 3 6	<input type="checkbox"/> 鹿屋市以外 (保険者) 保険者番号	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定年月日	**年 **月 **日 ※介護保険被保険者証をご参照ください。		
	有効期間	**年 **月 **日 ~ **年 **月 **日		
	<input type="checkbox"/> 認定を受けていない	(認定申請中 年 月 日申請)		
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中	(申請日 年 月 日申請)		
<input type="checkbox"/> 更新申請中	(申請日 年 月 日申請)			
医療保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> その他 (
身体障害者手帳の交付を <input checked="" type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない				

介護保険証に記載された内容をご記入下さい。

入居を希望される理由	<input type="checkbox"/> 本人が望んでいる。	<input type="checkbox"/> 介護者が就労している。
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため。	<input type="checkbox"/> 居住環境の整備が困難である。
※該当するものすべてにチェックをお願いします。	<input checked="" type="checkbox"/> 介護者が高齢である。	<input checked="" type="checkbox"/> 病院から退院を求められている。
	<input type="checkbox"/> 介護者が障害を抱えている。	<input type="checkbox"/> 施設から退居を求められている。
	<input type="checkbox"/> 介護者が疾病を抱えている。	<input checked="" type="checkbox"/> 特養への入所を待っている。
	<input type="checkbox"/> その他 (

※提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添えて提出して下さい。

入居を希望される方の現状	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院している。 名称： 担当者：		
	<input type="checkbox"/> 介護施設に入所している。 名称： 担当者：			三種類のうち該当する項目にご記入下さい。
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスを受けながら在宅生活を送っている。			在宅サービス利用の場合は該当部分の記載をお願い致します
	居宅介護支援事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所		
	担当介護支援専門員	居宅 次郎		
	【サービスの利用状況】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）			
	事業所名	〇〇デイサービス	頻度：週に	3回利用
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ（デイケア）			
	事業所名：		頻度：週に	回利用
	<input type="checkbox"/> 訪問介護			
	事業所名：		頻度：週に	回利用
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			
	事業所名：		頻度：週に	回利用
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ			
事業所名：		頻度：週に	回利用	
<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）				
事業所名	〇〇短期入所生活介護	頻度：■週 □月に	3回利用	
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護				
事業所名：		頻度： 通所) 週に	回利用	
		訪問) 週に	回利用	
		宿泊) □週 □月に	回利用	
<input checked="" type="checkbox"/> その他（種別：福祉用具貸与 【ベッド】				
事業所名	〇〇事業所	頻度：□週 □月に	回利用	
医療的対応の状況	主治医	医療機関名：〇〇病院	医師：〇〇医師	
	その他受診が必要な方は記入	医療機関名：	医師：	
		医療機関名：	医師：	
	該当するものにチェックをつけてください。	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input checked="" type="checkbox"/> その他（高血圧症、骨粗鬆症		
	処方薬	<input checked="" type="checkbox"/> あり (※おくすりの説明書の写しを添付願います。) <input type="checkbox"/> なし		

※提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添えて提出して下さい。

*ご家族もしくは、担当者でわかる範囲でご記入ください。				特記事項	
入居を希望される方の状況	食事	形態	主 <input checked="" type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> パン	入院・入所中のソーシャルワーカーか、担当ケアマネジャーに確認をとり、ご記入下さい。	
		副 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 細かい刻み <input type="checkbox"/> ミキサー			
		状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
	排泄	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> ストーマ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルン留置	日中はトイレ使用で、夜間はポータブルトイレ使用。 ズボン、下着を上げることが中途半端なので、手伝いが必要。	
		状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
	移動	方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> いざり	方向転換がうまく出来ない事があるので、見守りを行い、要所で手伝いが必要。	
		状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
	入浴	方法	<input type="checkbox"/> 自宅にて <input checked="" type="checkbox"/> 通所にて <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭のみ	あまりお風呂が好きではなく、浴槽にはつからない。 手の届く範囲は自分で洗えるが、他の部分は支援が必要。	
		状況	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部分手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 全て手伝い		
麻痺の箇所		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
目の見え方		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 目は全く見えない	眼鏡 (有 ・ 無)		
耳の聞こえ方		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	補聴器 (有 ・ 無)		
生活歴	出身地	肝付町	長期居住地	鹿屋市	
	主な職業歴	農業		最終学歴	尋常小学校
	趣味や特技	華道の先生をしていた。			
好きな事や嫌いな事	花の手入れや花を見る事、演歌が好き。			例でいうと花の名前や歌手名等、具体的にご記入頂ければ幸いです。	
既往歴	胃炎	(10年前)	()	(年前)	
	高血圧症	(9年前)	()	(年前)	
	骨粗鬆症	(5年前)	()	(年前)	
認知症の有無や状態	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (ありの場合は以下の項目をチェックお願いします。) <input checked="" type="checkbox"/> 直前の事を覚えていない。 <input type="checkbox"/> 時間や場所がわからない。 <input type="checkbox"/> 物の名前が思い出せない。 <input type="checkbox"/> 適切な用途で物を使えない。 <input type="checkbox"/> ふさぎ込んでいたり、活動が少ない。 <input type="checkbox"/> 会話がうまく成り立たない。 <input type="checkbox"/> 実際には無いものが見えたり、聞こえたりする。 <input type="checkbox"/> よく知っている人の顔を覚えていない。				
当事業所への入居を <input checked="" type="checkbox"/> 本人が希望 <input type="checkbox"/> 本人は知らない <input checked="" type="checkbox"/> 家族が希望					

※提出の際は、介護保険被保険者証の写しを添えて提出して下さい。

現在の主たる介護者の方の状況						
続柄	フリガナ氏名	年齢	希望者と	住所・電話番号		
妻	チョウジュ ハナコ 長寿 花子	70	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	主に支援を行なっている方を ご記入下さい。)		
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 体調不良（疾病・高血圧、膝関節症）					
介護の協力体制	<input type="checkbox"/> 介護サービス事業所の他に、介護の協力をもらえる体制は無い。 <input checked="" type="checkbox"/> 必要に応じて、家族や知人などの介護の協力は得られる。 <input type="checkbox"/> 日常的に、家族や知人と協力して介護を行っている。					
施設に対する要望（入居後、どのような生活を送ってみたいか。）など						
一親等以内の親族を記入して下さい。 一親等以内の親族がいない場合は、兄弟・姉妹・甥・姪等を記入して下さい。						
家族構成（主たる介護者以外の家族）						
家族構成	続柄	フリガナ氏名	年齢	入居者と	入居に	住所・電話番号
	妻	チョウジュ ハナコ 長寿 花子	70	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	鹿屋市下祓川町**番地 ☎ **-****
	長女	ハライガワ サクラコ 祓川 桜子	55	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	鹿屋市**番地 ☎ **-****
	長男	チョウジュ タイチ 長寿 太一	53	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	鹿児島市**番地 ☎ **-****
	次女	カヤ ミモ子 鹿屋 桃子	50	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	鹿屋市**番地 ☎ **-****
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 反対	☎

入居申し込み受付日	令和	年	月	日
入居決定日	令和	年	月	日
※施設記入欄(受付から入居までの経緯など) <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 当施設・担当者が記入します。 </div>				