

特別養護老人ホーム長生き邑入所申込書

申込者（連絡先）今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

住所	〒		
氏名		電話番号	

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みます。

入所希望者の状況	(フリガナ)		性別	保険者（市町村）						
	入所希望者氏名		男・女	被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
				要介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
	現住所	〒 -								
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮している。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている。 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名： ◇所在地（市区名のみ） ◇入所又は入院時期：令和 年 月から入所・入院している。								
	（該当するものすべてを選んで下さい） 入所を希望する理由	1、入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 （要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。） <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
		<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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る。 <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様な症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <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不十分である。								
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい								
	経済状態	<input type="checkbox"/> 年金（国民・厚生・共済・他）【月額】 円（2カ月毎に支給される額の半分） <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他収入（ ）【月額】 円								
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 段階 <input type="checkbox"/> 無（未申請 却下）									
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【現在治療中の病気・既往症・特記事項等】									
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は今後他の施設も申し込む予定。 ◇既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ） ◇今後申し込む予定の他の施設名（ ）（ ）									

主たる介助者の状況	(フリガナ)		性別	生年月日	大・昭・平	年	月	日	
	氏名		男・女	本人との関係					
	主たる介助者	<input type="checkbox"/> 「障害」「重症の病気(がんや難病等)」「認知症」等により十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 要介護1～5の者、障害者手帳所持者又は重度の病人等を(入所希望者を含む)介護又は看護している。→ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 生計中者として就労している。【就労時間 時間/週】 <input type="checkbox"/> 未就学児の育児をしている。→ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 病気(上記項目の「重症者の病気」以外)や、けが等の療養中である。 <input type="checkbox"/> 就学している。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 住宅改修が困難であるなど、居住環境の事情による十分な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病気や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難である。							
		介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし 【具体的な状況】						
主たる介護者以外の者の介護		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【頻度】 時間/週 【具体的な状況】							
その他の意見		【介護をしている上で困っている事(経済状況・家庭状況を含む)、入所を希望する理由等】							
家族等の状況	家族近隣者	主たる介護者	氏名	続柄	同居・別居	年齢	職業	住所	
		<input type="checkbox"/>			同・別				
		<input type="checkbox"/>			同・別				
		<input type="checkbox"/>			同・別				
		<input type="checkbox"/>			同・別				
		<input type="checkbox"/>			同・別				
入所希望者の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖又は歩行器 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行不可()							
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間のみ							
	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 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽							
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない							
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない							
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 普自由							
	床ずれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(箇所:)							
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭葉型(ピック病など) <input type="checkbox"/> その他()							
行動心理症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他()								
感染症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 肝炎(型) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他()								
入所希望者の意向	<input type="checkbox"/> 本人が入所を希望している。 <input type="checkbox"/> 本人は在宅での生活を希望している。 <input type="checkbox"/> 本人の意思は確認していない、又は確認できない。 <input type="checkbox"/> その他()								