

【記入例】

入居申込書

平成29年 7 月 1 日

社会福祉法人長寿の里 〇〇〇〇 翔裕園施設長 様

〒273-0041

入居希望者

住 所：船橋市旭町〇-〇-〇

(フリガナ) フナバシ ショウコ

氏 名：船橋 翔子

生年月日： 明・大・昭 13 年 10 月 1 日(93 歳)

電話番号： 047-〇〇〇-〇〇〇〇

長寿の里 〇〇〇〇 翔裕園に入居したいので、関係書類を添えて申込みます。

身元引受人	(フリガナ) 氏 名	カマガヤ エンコ 鎌ヶ谷 園子	続柄	子
	住 所	船橋市旭町〇-〇-〇		
	電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇		
	日中連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
長寿の里 入居希望施設 (希望される順番 に数字を記入して 下さい。)	(1) 鎌ヶ谷翔裕園 (従来型・ユニット型・どちらでも) ※いずれかを○で囲む (3) いちかわ翔裕園 (特養ユニット型個室) (2) ふなばし翔裕園 (特養ユニット型個室) () 行徳翔裕園 (軽費老人ホーム) () かしわ翔裕園 (サービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホーム) ※いずれかを○で囲む			

備考

- ・今後、施設からの連絡は、上記の身元引受人の方にいたします。
- ・申込書を提出する際には「介護保険被保険者証」のコピーを添付してください。
- ・特別養護老人ホーム（鎌ヶ谷・いちかわ・ふなばし）を希望される際は、主治医意見書を添付してください。

第2号様式

状況申告書

※空欄に記載、該当箇所に○印

入 所 希 望 者	氏名： 船橋 翔子		年齢： 93 歳	性別： 男 (女)	
要 介 護 状 態 区 分	1・2・3・(4)・5 ※1・2は第5号様式を添付	生年月日	明 (大) 昭 13 年 10 月 1 日		
介護被保険者番号	船橋 (市) 区・町・村		0 0 0 0 0 1 2 3 4 5		
介護認定有効期間	平成 29 年 ○ 月 ○ 日～平成 31 年 ○ 月 ○ 日				
入所についての本人の意思	1. 希望している 2. 希望していない (3) 判断できない				
同居の家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	日中連絡先
	鎌ヶ谷 園子	子	60	なし	090-0000-0000
	裕二	子の夫	62	会社員	090-0000-0000
	裕貴	孫	30	会社員	090-0000-0000
同居以外の家族構成	※近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪）				
	氏名	続柄	年齢	職業	住所・連絡先
	市川 翔一	子	65	自営業	080-0000-0000
	市川 寿子	子の妻	63	自営業	090-0000-0000
	柏 園美	子	55	パート	栃木県〇〇市
主 な 介 護 者	氏名： 鎌ヶ谷 園子		続柄： 子		
介護者の状況	1. 介護する人がいない。				
	2. 介護者が高齢である。(歳)				
	(3) 介護者が病弱である。(病名：糖尿病 通院先：〇〇病院)				
	(4) 複数の人を介護している。(他の要介護者氏名： 鎌ヶ谷 市子)				
	5. 主たる介護者が生計中心者として働いている。				
	6. その他 ()				

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名： 船橋 翔子			
本人の居る所	☒ 1. 自宅 2. 病院 3. 他施設（施設の種類）		
	4. その他（ ）		
	自宅以外の 場合	名 称	
		所 在 地	
電 話			
特養への申込状況	・ ☒ 三山園 ・ ワールドナーシングホーム ・ 船橋梨香園 ・ 古和釜恵の郷 ・ 南生苑 ・ 船橋百寿苑 ・ 船橋あさひ苑 ・ 第2 ワールドナーシングホーム ・ ローゼンヴィラ藤原 ・ さわやか苑 ・ オレンジガーデン ・ 朋松苑 ・ 船橋健恒会ケアセンター ・ 習志野台みゆき苑 ・ ひかりの郷 ・ さくら館 ・ プレーグ船橋 ・ 南三咲 ・ つばい愛の郷 ・ 三咲館 ・ たか音の杜 ・ 船橋笑寿苑 ・ みやぎ台南生苑 ・ 船橋健恒会ケアセンター南館 ・ 船橋愛弘園 ・ アグリ・ケアホームいこいの森 ・ ふなばし翔裕園 ・ その他（ ）		
既往症名	脳梗塞	治 癒 時 期	平成〇〇年 〇月
		治 癒 時 期	年 月
現在の主な病名	脳血管性認知症	発 症 時 期	平成〇〇年 〇月～
	糖尿病	発 症 時 期	昭和〇〇年 〇月～
糖尿病の方にお聞きします	飲み薬	無 ・ ☒ 有	
	インスリン注射	☒ 無 ・ 有 （ 回／日）	
かかりつけの医療機関 主治医師名等	医療機関名	〇〇病院	
	電話番号	047-〇〇〇-〇〇〇〇	
	医療機関所在地	船橋市〇〇〇-〇〇-〇〇	
	主治医氏名	〇〇医師	
在宅サービスについて	☒ 1. 利用している 2. 利用していない		
	ケアマネジャー	事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所
		氏名	〇藤 〇子 ケアマネジャー
		連絡先	047-〇〇〇-〇〇〇〇
利用中のサービス	デイサービス・訪問介護・ショートステイ		
入所を希望する理由	在宅で介護ができない状況をわかりやすく記入してください。		
	長女家族と同居していますが、主介護者の疾病悪化と近くに住む義理の母の介護		
	（要介護1）もしており負担が多くなっています。		
	また、他の同居家族も仕事をしているので自宅での介護が難しいです。		

第4号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：船橋 翔子				
身体状況及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 (2.) 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない		
	聴力	1. 正常 (2.) 大声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない		
	会話	1. 正常 (2.) やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない		
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. 半介助 (4.) 全介助 (車いすの使用：無・有 自走：可・不可 移乗：可・不可)		
	食事	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 (3.) 半介助 4. 全介助 内容：1. 普通食 (2.) 粥 (3.) きざみ食 4. 流動食 5. 糖尿病食 6. 鼻腔栄養 7. 胃ろう 8. その他制限食 ()		
	排せつ	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 (4.) 全介助		
	更衣	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 (3.) 半介助 4. 全介助		
	入浴	1. 可能 2. 声かけ、見守りが必要 3. 半介助 (4.) 全介助		
	身体障害等	(無) ・ 有 (障害名)		
	床ずれ	無 ・ (有) (部位と大きさ 仙骨部2cm程度)		
精神及び行動の状況	認知症の状況	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ (IIIb) ・ IV ・ M (ケアマネジャーに聞いてください)		
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・ 問題行動がない場合は「1」を記入 ・ 1か月に1回以上ある場合は「2」を記入 ・ 1週間に1回以上ある場合は「3」を記入			
	被害妄想がある	1	感情が不安定になる	3
	幻覚や幻想がある	1	暴言や暴行がある	1
	夜間不眠や昼夜逆転がある	3	徘徊がある	1
	大声や奇声を発する	3	不潔行為がある	2
	収集癖や盗癖がある	1	自傷行為がある	1
	異食行為がある	2	嘘をつくことがある	3
	認知症等の状況や問題行動で困っている点を記入してください。			
	夜眠れず、大きな声をあげたりベッドから降りようとして床に落ちてしまうことが何度もあり、			
	家族が交代で見えています。また排便時にオムツを外してしまうことがあり、布団が汚れてしまい			
	後片づけが大変です。石鹸や、観葉植物を食べようとするすることがあり、常に見守りが必要です。			

第5号様式

氏名：	
特 例 入 所 の 要 件 確 認	要介護1又は2の方が入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要で す。 該当すると思われる項目に○をつけてください。
	1. 認知症である者であつて、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の 困難さ等が頻繁に見られる
	2. 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎 通の困難さ等が頻繁に見られる
	3. 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難で ある
	4. 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

別紙①

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：	
本人世帯状況	1. 課税世帯 2. 非課税世帯 3. 生活保護
介護保険負担限度額 認定証確認欄	1. 食費の負担限度額記入金額 ※お持ちの方のみ (300 ・ 390 ・ 650 ・ 1,360)
介護保険負担割合証 確認欄	1. 利用者負担の割合 (1割 ・ 2割 ・ 3割)

【個人情報同意事項】

次の事項について同意します。

1. 入居申込書及び入居に関する情報について、社会福祉法人長寿の里内で使用すること。
2. 入居調査等にあたり担当ケアマネジャー、関係病院・施設に入居希望者についての情報を確認すること。
3. 入居申込書及び入居に関する情報について自治体から情報提供の要請があった場合は情報を提供すること。

令和 3 年 7 月 1 日

入居希望者 氏名 船橋 翔子 印 (代筆可)

身元引受人 氏名 鎌ヶ谷 園子 印

※こちらは施設使用欄になりますので記入不要です。

FAX	担当者	TEL	担当者	
備考				