

入居申込書

年 月 日

社会福祉法人 長寿の里 _____ 翔裕園施設長 様

〒

入居希望者 住 所 : _____
 (フリガナ)
 氏 名 : _____
 生年月日 : 明・大・昭 年 月 日(歳)
 電話番号 : _____

社会福祉法人 長寿の里 _____ 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		続柄	
	住 所			
	電話番号			
	日中連絡先			
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。)	<input type="checkbox"/> 鎌ヶ谷翔裕園 (特養従来型個室・従来型多床室) <input type="checkbox"/> 鎌ヶ谷翔裕園 (特養ユニット型個室) <input type="checkbox"/> 鎌ヶ谷翔裕園 (特養従来型・特養ユニット型個室どちらも希望) <input type="checkbox"/> いちかわ翔裕園 (特養ユニット型個室) <input type="checkbox"/> ふなばし翔裕園 (特養ユニット型個室) <input type="checkbox"/> 行徳翔裕園 (軽費老人ホーム) <input type="checkbox"/> かしわ翔裕園 (サービス付き高齢者向け住宅) <input type="checkbox"/> かしわ翔裕園 (住宅型有料老人ホーム)			

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。

状況申告書

※空欄に記載、該当箇所に○印

入所希望者	氏名：		年齢：	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	年	月	日
介護被保険者番号	市・区・町・村					
介護認定有効期間	年 月 日 ～ 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	
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	
主な介護者	氏名：		続柄：			
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： 通院先： ）					
	4. 複数の人を介護している。（他の要介護者氏名： ）					
	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（ ）					

第3号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：				
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			治 癒 時 期 年 月	
			治 癒 時 期 年 月	
現在の主な病名			発 症 時 期 年 月～	
			発 症 時 期 年 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			
	電話番号			
	医療機関所在地			
	主治医氏名			
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		
		氏名		
		連絡先		
利用中のサービス				
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。			

第4号様式

※空欄に記載、該当箇所に○印

氏名：			
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)	
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		感情が不安定になる
	幻覚や幻想がある		暴言や暴行がある
	夜間不眠や昼夜逆転がある		徘徊がある
	大声や奇声を発する		不潔行為がある
	収集癖や盗癖がある		自傷行為がある
	異食行為がある		嘘をつくことがある
	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。		

第5号様式

氏名：

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。

特
例
入
所
の
要
件
確
認

1. 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)
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)

【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 年 月 日

入居希望者 氏名 _____ 印 (代筆可)

身元引受人 氏名 _____ 印

※こちらは施設使用欄になりますので記入不要です。

メール	担当者	TEL	担当者	
備考				