

住宅型有料老人ホーム第三長寿園施設入居申込書

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

申込者（連絡先）

〒	—
住所	
氏名	
電話	()

申込先 (入居希望施設)		住宅型有料老人ホーム第三長寿園		被保険者番号		
入居希望者の状況	(フリガナ)		性別	要介護度		
	氏名		男・女	要介護認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳		担当ケアマネ		
	現住所	〒 — TEL ()				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅・仮設で独り暮らし <input type="checkbox"/> 自宅・仮設で家族と暮らしている <u>同居者</u> <input type="checkbox"/> 市外へ避難している <u>避難先</u> <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ◇施設名又は病院名: _____ ◇所在地(市町村名) _____ ◇入居又は入院期間: 令和 年 月 日から入居・入院している <input type="checkbox"/> 介護サービス利用の有無 無 有 (利用サービス: _____)				
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、「複数の人を介護」等により十分な介護が困難。 <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 家族が遠方で生活しているため日常的な見守り支援が困難 <input type="checkbox"/> その他				
	医療の状況	<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 type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 () 【既往歴】 ・ ・ ・ ・ ・ 【かかりつけ医】 医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 医療機関所在地 _____ TEL () _____ 【その他受診機関】 医療機関名 _____ 医師氏名 _____				
	障害の状況	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語機能障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 ※該当する場合は、障害者手帳(写)等を提出してください。				
入居希望期間	<input type="checkbox"/> 次の生活の拠点が決まるまで (おおよその目途: 年 月頃) ◇状況 () () () ◇既に申し込んでいる他の施設があれば () () () <input type="checkbox"/> 当該施設の入居条件に該当しなくなるまで <input type="checkbox"/> その他 ()					
主たる介護者	(フリガナ)		性別	本人との関係		
	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所: 〒 — TEL —)				
意見	【介護しているうえで困っていること等】					

*介護認定を受けている場合は、介護保険被保険者証(写)を提出してください。