

# 入 所 申 込 書

社会福祉法人常寿会 施設長 殿

申 込 日	年	月	日
受 付 日	年	月	日
受 付 者			

申込者 氏 名	入所希望者との関係 ( )
住 所	
電 話	

申 込 先	( ) 特別養護老人ホーム常寿園・( ) 地域密着型特別養護老人ホーム常寿園 ( ) 特別養護老人ホーム竜山常寿園									
入 所 希 望 者 の 状 況	(ふりがな)		性 別		大正・昭和・西暦					
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)					
	現 住 所	〒 — — — — — TEL — — — — —								
	保 険 者		被保険者番号							
	要 介 護 度	1・2・3・4・5		要 介 護 認 定 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
	希 望 時 期	<input type="checkbox"/> 可能な限り早急に <input type="checkbox"/> 年 月以降								
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老人保健施設などの施設に入っている ◆施設名・病院名 _____ ◆所在地 _____ ◆入所又は入院時期： _____ 年 月から入所・入院								
	認 知 症 の 状 況	有・無	認 知 症 日 常 生 活 自 立 度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M						
	認 知 症 の 具 体 的 症 状									
	希 望 する 理 由 ( 該 当 する も の を 全 て 選 ん で ください )	<input type="checkbox"/> 介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」「認知症等」により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労(就学)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"/> 住環境の事情により、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ※要介護1又は2の方 <input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻回にみられる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回にみられる <input type="checkbox"/> 家族等により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 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢また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								

