

【申込番号 ー ー】

年 月 日

社会福祉法人 友伸福祉会  
特別養護老人ホーム長寿荘

## 入 所 申 込 書

介護保険法の規定に基づき、次により貴施設に入所の申込を致します。

フリガナ						
入所申込者の氏名						印
生 年 月 日	M・T・S	年	月	日	(満	歳)
性 別	男性		・	女性		
住 所	〒					
連 絡 先	(自宅)					
要介護認定	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5		
介護保険被保険者番号						
介護保険認定状況	<input type="checkbox"/> (認定を受けている) 認定年月日 年 月 日					
	認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 まで					
	<input type="checkbox"/> (認定を受けていない) <input type="checkbox"/> 認定申請中 年 月 日申請					
担当ケアマネージャー	事業所名:			担当者名:		
かかりつけ医療機関						
医療機関担当医師名						
障害者手帳	有 ・ 無 障害名 ( )					
医療被保険者証	有 ・ 無					
家族状況	氏名	性別	続柄	年齢	同居・別居	職 業
住 宅	持家 ・ 借家 (一戸建て ・ 団地 ・ アパート ) その他 ( )					
フリガナ						
身元引受人	氏名	続柄				
	住所	〒				
	電話番号	(携帯)				

申込書 提出者 住所

提出者 氏名

印

入所申込者との続柄 ( )

# 入所申込時 現況票

申込者の氏名

身 体 状 況	視 力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲 その他( )
	聴 力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 [補聴器 有 / 右・左、 / 無 ]
	言 語	普通 ・ やや不自由 ・ ほとんど不可 その他( )
	意思疎通	できる ・ むずかしい 状況/その他 ( )
	食 事	自立 (箸・スプーン) ・ 一部介助(見守り) ・ 全介助
	食事内容	主食 ( 米飯・粥・ミキサー )・副食 ( 普通・キザミ・ミキサー) 水分摂取 ( 普通・トロミ使用 ) 嫌いなもの:
	排 泄	自立 ・ 一部介助(見守り) ・全介助 使用用具類 [ 尿器・トイレ・パルーン・パット類・紙パンツ・紙オムツ ] 日中 ( ) 夜間 ( )
	入浴・清潔	自立 ・ 一部介助(見守り) ・全介助
	着脱衣	自立 ・ 一部介助(見守り) ・全介助
	床ずれ	有 ・ 無 状態( )
	歩 行	自立 ・ 一部介助/見守り( 杖・歩行器 使用) ・全介助(車椅子) その他 歩行状態 ( )
	麻 痺	有 (上肢 右・左 / 下肢 右・左) ・ 無 麻痺等の状況 ( )
	心 身 状 況	性 格
対人関係		拒否的である ・ 普通 ・ 協調的である
認知症		・認知症なし ・日常生活に支障が見られるが、誰かが注意していれば自立できる ・日常生活に支障が見られ、介護を必要とする ・日常生活において支障があり常時介護を必要とする。 認知症などによる不適切行動 [ 徘徊・暴言/暴力・異食行為・昼夜逆転・不潔行為 ] その他 ( )
健 康 状 態	病 歴	
	入院暦	
	現在の健康状態	
その他 (現在利用している福祉サービスなど) ※ 介護保険証等、各保険証のコピーを添付して下さい。		

## **【入所申込書】の記載について**

- ・「入所申込者」は、入所される方の氏名を記入してください。
- ・生年月日欄の年齢は、申込日時点でのものを記入してください。
- ・住所は、現在お住まいの場所、もしくは保険証等の記載住所を記入してください。
- ・介護保険申請中で、介護度が不明の場合は、「介護保険認定状況」欄の「認定申請中」にチェックしてください。
- ・詳しいお話を伺う場合があるため、担当ケアマネージャー、担当事業所、かかりつけ医療機関、担当医師も記入してください。
- ・携帯電話をお持ちの方は、携帯電話番号も記入してください。
- ・老人医療受給症・身体障害者手帳の有無、年金の受給に関しては必ず記入してください。

## **【入所申込時 現況票】の記載について**

- ・「申込者の氏名」は、入所される方の氏名を記入してください。
- ・身体状況、心身状況、健康状態、備考欄は、出来るだけ詳しく記入してください。  
(特に、病歴、薬の変遷は、詳細を教えてくださいと助かります)

※①入所申込書②入所申込時 現況票③介護保険証コピー を頂いて、  
長寿荘への申し込みが完了となります。

※ご不明な点は、お問い合わせください。