

社会福祉法人 三寿福祉会 有料老人ホーム 入所申込書

受付番号
(No. _____)

フリガナ		(郵便番号)	(〒 _____)
入所希望者氏名	様	男・女	入所希望者住所
生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)	電話番号	(_____)

相談者又は申込者氏名	※ _____ 様	相談者又は申込者住所	※(〒 _____)
利用者との続柄	※ _____	電話番号	※自宅 (_____) (携帯)
勤務先		電話番号	勤務先 (_____)
担当居宅事業所		事業所電話番号	
要介護度	要支援2・要介護 1・2・3・4・5	認定日	_____年 月 日
認定有効期間	_____年 月 日 ~ _____年 月 日		
主たる介護者	※ 1. 配偶者 2. 子供 3. 親戚 4. 近所(町内、知人) 5. 子供の配偶者 6. 孫 7. いない 8. 特養以外の施設入所のため不要		
介護者状況	※ 1. 別居(近所を除く) 2. 75歳以上 3. 要支援 4. 要介護 5. 障害者(難病を含む) 6. 複数者介護 7. 日中不在		
現居所	※ 1. 自宅 2. 介護老人福祉施設 3. 老人保健施設 4. 軽費・ケアハウス 5. 病院 6. 認知症グループホーム 7. 養護老人ホーム 8. 介護医療院 9. 高齢者向け住宅 10. その他(_____)		
サービス利用状況	※ 1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. デイサービス 4. 短期入所 5. 小規模多機能 6. 福祉用具貸与 7. 介護保険サービス外(_____) 8. 不明		
既往歴	※(特に既往歴がない場合は「なし」と記載してください。)		

日常生活動作状況及び現在利用の居宅サービス内容 その他 備 考

移動	自立 一部介助 全介助	
食事	自立 一部介助 全介助	
排泄	自立 一部介助 全介助	
入浴	自立 一部介助 全介助	
認知症の有無	被害妄想 幻覚 幻聴 徘徊 大声を出す 介護抵抗 暴言暴力 不潔行為 独語 昼夜逆転 火の不始末 収集癖 物や衣類を壊す 感情不安定 家族の顔や名前がわからない 会話が成立しない	
(特記事項) 介護変更等		

◎申し込み以降に身体状況の変化があった場合 又は、連絡先等が変わった際は、ご連絡いただきますようお願い致します。

受付日 令和 _____年 月 日 受付者 _____ 印
社会福祉法人 三寿福祉会

