特別養護老人ホーム・有料老人ホームおきなわ長寿苑入所申込書

| 入所日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|
| 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 受付者 | | | | |

※長寿苑へ申し込みに至った経緯

(①病院②ケアマネからの紹介③HP④その他)

| 申込者 | (連絡先) |
|-----|-------|
| 甲八百 | |

今後、郵送物などはこの連絡先にお送りさせていただきます

| ₹ | | | | | |
|-------|----|--|---|----|--|
| 住所 | | | | | |
| フリガナ | | | 続 | 続柄 | |
| 氏名 | | | (|) | |
| 電話 | | | | | |
| その他の連 | 絡先 | | | | |

特別養護老人ホームに入所したいので、次のとおり申込みます。

| 何別後暖名八章 | . – (()) | 10/2000 | , ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 7 11 220 | // みり。 | | | |
|---|---|--------------------|---|----------|----------|------------|-----------------|-----|
| | フリガナ | | | | | 性別 | 介護保険被保険者番号 | 保険者 |
| 入 所 | 氏名 | | | | | 男・女 | | |
| 希 | - V- H | | | | | <i>y y</i> | | |
| 望 | 生年月日 | 大 · | 昭 年 | Ē | 月 | 日 (|)歳 | |
| 者 | | | | | | 要介護度 | 要支援 1・2 | |
| 0 | | 要介護度 要介護度1・2・3・4・5 | | | | | 5 | |
| 状 | 現住所 | | | | | 認知度 | 正常・I・II・II・IV・M | |
| 況 | | | | | | | 要介護認定期間 | |
| | | | | | 30 | | 月 日 ~ 令和 年 | 月 日 |
| | | 一人暮らして | - | 仕毛サ | ービスを | 利用してい | いる。 | |
| | □自宅で刻 | 家族と暮らし | ている。 | | | | | |
| III VII | □特養等の | の施設や老人 | 保健施設· | 病院等 | に入って | いる。 | | |
| 現況 | (施設な | や病院等に入 | っている方 | のみ記 | 入して下 | さい) | | |
| | ○施語 | 没名または病 | 院名 | | | ○所ィ | 生地 (市町村のみ) | |
| | | | | | | ている | | |
| | | | | | | | | |
| | □介護する者がいないため。 | | | | | | | |
| 入所を希望す | □介護する者が遠く離れた所に住んでいるため。 | | | | | | | |
| る理由 | □介護する | る者が「高齢 | 」「障害」 | 「疾病」 | 等により | 十分な介記 | 嬳が困難なため。 | |
| | □介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 | | | | | | | |
| (該当するも |) │□介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。 | | | | | | | |
| の全てを選ん | □ □ | | | | | | | |
| で下さい) | | | | | | | | |
| | □施設や病院等から退所(退院)を求められているが、自宅での介護が困難なため。 | | | | | ` | | |
| | □その他 | | | | | | |) |
| 申込状況 | 状 況 □当該施設のみ申込む □他の施設も申込んでいる、又は、今後他の施設も申込む予定 | | | | | | | |
| (4)の 7 記伝乳 | 施設のベッドに空きがない場合、短期入所または当法人グループ住宅型有料老人ホームもしく | | | | | | | |
| 他の入所施設 | 設 は高齢者シェアハウスへ連絡を差し上げても良いですか。 | | | | | | | |
| について | □短期入所 □住宅型有料老人ホーム □高齢者シェアハウス □その他() | | | | | | | |
| | □経管栄養 | | 酸素 | | | | | ·) |
| 医療の状況 | | | | | 4) V II | .41 🗀 | | , |
| 医療の状況 | {既往歴 | • 現病 • | 特記事項 | 貝∫ | | | | |
| | | | | | | | | |
| □有(配偶者 ・ 子供・養子 名 ・ 兄弟・姉妹 名 その 入所希望の家族の有無 | | | | その他) | | | | |
| フトババイロ 主ツス 勝 | | □無 | | | | | | |
| I. | | | | | | | | |

| <同意確認欄> 入所申込に関する情報について、市町村又は県から状況把握のために提示を求められた |
|--|
| 場合は、施設がこれを提示することについて同意します。 |
| ① 入所要件の判定や入所の必要性の高さを判断するために必要がある場合は、入所申込みに関する情報を |
| 施設が市町村に提示して意見を求め、報告を行うことについて同意します。 |
| ② 申込みから1年を経過した後、施設からの連絡に対して応答がなく、施設が入所希望者の状況を把握 |
| することが出来ない場合には、本申込みを無効とすることについて同意します。 |
| 入所希望者氏名 |
| 申込者氏名 |
| <お願い> |
| 入所希望者の要介護度や家族等の介護の状況など、本入所申込書に記載した事項等に変更等があった場合、 |
| 永眠された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をして下さい。 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

社会福祉法人おきなわ長寿会 住所:沖縄市字登川1403番地

電話:098-939-4165