社会福祉法人 千葉福祉会 入所申込書

申請日：　　年　　月　　日

入所を希望する施設の番号を〇で囲んで下さい。（複数可能）

種別	1．　特別養護老人ホーム千葉福寿園 定員５４床（主に従来型多床室）	2．　グループホームなごみ 定員１８床（９床×２ﾕﾆｯﾄ・個室）
申請対象者	要介護３以上の方 ※要介護 1.2 の方でも特例的に入所可	要支援２以上の認知症高齢者

次のとおり施設入所を希望します。

申請者	ふりがな 氏　名		続柄 （　　）	大・昭・平　　年　　月　　日生れ （　　歳）
	住　所	〒　　- 電話　　（　　）		

入所希望者等の状況	ふりがな 氏　名		男　・　女	明・大・昭　　年　　月　　日生れ （　　歳）
	住　所	〒　　- 電話　　（　　）		
	介護保険について	保険者(在住市町村)	被保険者番号	
		要介護度 申請中･要支援２･要介護１･２･３･４･５	認定有効期間 年　月　日から　年　月　日まで	
	ケアマネジャーについて	無　・　有　（事業所：　　／氏名：　　）		
	家族構成	一人暮らし　・　夫婦二人　・　子供等と同居　・　その他（　　）		
	今の状況	在宅　・　老人保健施設等入所　・　入院中（　　）　・　その他（　　） （施設名:　　）（病名:　　）		
	入所を希望する理由（複数選択可）	☐ 介護する者がいない ☐ 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため　（場所：　　） ☐ 介護する者が高齢(　　才)･障害･病気等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所（退院）を求められているため ☐ その他（　　）		
	医療に関する状況	☐ な　し ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ ｲﾝｼｭﾘﾝ注射 ☐ 人口透析 ☐ 人口肛門 ☐ ﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ ☐ その他（　　） （現在治療中の病気等：　　） （その他健康状態に関する特記事項：　　）		
	認知症状等	☐ 該当なし ☐ 徘　徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為 ☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 火の不始末 ☐ 被害妄想 ☐ その他（　　）		
	身体・精神的状況（かかり付けのお医者さん：　　病院／　　先生） 介護上困難な状況・その他特記すべき状況をご記入ください			