

特別養護老人ホーム グランヴィラ牛久 入居申込書

申込日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

受付日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

特別養護老人ホーム
 グランヴィラ牛久 施設長殿

申し込み代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒 -		
	【電話番号】 ()		

貴施設に入居したいので、次の通り申し込みます。

入居希望者(施設を実際に利用したい方)

フリガナ		男・女	明治	年	月	日生	(歳)
氏名			大正				
住所	〒 -						
	【電話番号】 ()						
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5					
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
要介護1または2の場合の 申し込みの理由	<input type="checkbox"/> 認知症のため日常生活に支障があり、在宅生活が困難						
	<input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等のため日常生活に支障があり、在宅生活が困難						
	<input type="checkbox"/> 深刻な虐待が疑われる等、心身の安全・安心の確保が困難						
	<input type="checkbox"/> 単身世帯、または同居家族の支援が困難で在宅生活が困難						
【在宅で介護できない事情等(具体的に)】							
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は 施設	名称				
	<input type="checkbox"/> 入院中		住所				
	<input type="checkbox"/> 入居中	入院又は入居期間		西暦	年	月	日 ~
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 オムツ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 】					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト食					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴					
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由					
	問題行動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他()					
	医療の状況	【現在治療中の病気・特記事項等】					

※お手数ですが、裏面にもご記入お願い致します。

入居を希望する理由	単身世帯	<input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため。	
		<input type="checkbox"/> 定期的に介護できる者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる。	
		<input type="checkbox"/> 定期的に介護できる者が希望者の居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる。	
※該当するものを全て選んで下さい	高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護することができない。	
		<input type="checkbox"/> 主介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護ができない。	
		<input type="checkbox"/> 主介護者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護ができない。	
下さい	同居と	<input type="checkbox"/> 主介護者が複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護ができない。	
		<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい。	
	共通	<input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅で介護を行うことができない。	
		<input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院をした後、退院することになったが、在宅での介護ができない。	
		<input type="checkbox"/> その他()	

家族の状況	氏名 主介護者には□にチェック	続柄	年齢	職業	同居別居 の別	別居の場合 住所 電話番号	
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
身元引受人 ※主介護者と同じの場合は記入不要	氏名	続柄	年齢	職業	住所		電話番号

入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい	<input type="checkbox"/> 年 月頃までに入居したい
	<input type="checkbox"/> 必要になった時にはすぐに利用したい	

申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込み
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (他の施設名) _____ _____

特記事項	
------	--

担当ケア マネージャー	氏名	連絡先
	事業所名	

説明確認欄	私は、入居申し込みの際し、入居順位の決定方法について施設から説明を受けました。 西暦 年 月 日 氏名 _____
-------	---

※被保険者証・直近3ヶ月分のサービス利用票及び別紙の写しを添付して下さい。

施設記入欄		区分	点数		区分	点数		
	1、要介護度			3、在宅サービス利用率				合計
	2、介護者の状況			4、近住性				ランク