

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

※該当するものを全て選んで下さい

身寄りがなく介護者がいないため。
 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により、十分な介護が困難であるため。
 介護者が就労していることから、十分な介護困難であるため。
 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難であるため。
 介護者が複数の介護、育児、看病をしているために十分な介護が困難であるため。
 施設や病院から退院、退所を求められているが、在宅での介護が困難であるため。
 その他()

【要介護1・2の方については、以下の該当するものを選んでください】

認知症である者であって、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難。
 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来している・行動や意思疎通が困難。
 家族等による深刻な虐待により、心身の安全・安心の確保が困難である。
 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できない。
 特記事項()

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		
<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		

入居を希望する時期

今すぐ入居したい 年 月頃までに入居したい
 必要になった時にはすぐに利用したい

申込状況

当該施設にのみ申込み
 他の施設にも申込んでいる
 (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、

利用順位の決定方法
 特例入所の趣旨、留意事項、意見照会のために施設と市町村間で情報共有すること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	3、介護者の状況	区分	点数	合計	ランク
	1、要介護度				4、在宅サービス利用率		
2、認知症自立度			5、近住性				