

葵会グループ

利用申込書

介護老人保健施設 葵の園・長岡
 特別養護老人ホーム あおいの里・長岡

申込日 年 月 日

利用者希望者	フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日 生		
	氏名				(歳)		
	住所	〒 -			TEL ()		
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(名称:) <input type="checkbox"/> 他施設(名称:)					
	要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請日 年 /)		
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名		事業所名		TEL ()	
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	身体・精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名 :)					
	その他 保険証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 県障 <input type="checkbox"/> 自立支援医療【更生・精神】 <input type="checkbox"/> 特定疾病)					
介護保険負担額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②)						
収入(年金など)	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 () 1ヶ月 円 くらい						

申込者	フリガナ		男・女	年齢	続柄	職業
	氏名					
	住所	〒 -		自宅	()	携帯

緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号
	① (□申込者と同じ)			同居 別居	〒 -	自宅 () 携帯 ()
	②			同居 別居	〒 -	自宅 () 携帯 ()

家族構成 ※子供や緊急連絡先になる親族等を記入 ※本人は塗りつぶす <input type="checkbox"/> ————— <input type="checkbox"/> □男性 ○女性 / 同居者を囲って下さい	ご家族の在宅状況	現在利用中のサービス
	<input type="checkbox"/> 家族が必ず在宅	<input type="checkbox"/> デイサービス (事業所名: 週 回) <input type="checkbox"/> デイケア (事業所名: 週 回)
	<input type="checkbox"/> ときどき一人になる	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (事業所名: 週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名: 週 回)
	<input type="checkbox"/> 日中ほとんど一人	<input type="checkbox"/> ショートステイ (事業所名: 月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (事業所名:)
	<input type="checkbox"/> 独居のため誰もいない	(車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他)
		<input type="checkbox"/> その他

入 所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望部屋 (特養は個室のみ)	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 (※多床室に空きがない場合 <input type="checkbox"/> 個室可 <input type="checkbox"/> 短期であれば可) <input type="checkbox"/> どちらでも		
	希望期間	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃から <input type="checkbox"/> 退院後 / 頃から		
	今後の方向性 (特養のみ の場合は 不要)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 ※どのような状態であれば暮らせるか (複数回答可) <input type="checkbox"/> 歩けるようになってから <input type="checkbox"/> トイレが自分できる <input type="checkbox"/> 食事が自分でできる <input type="checkbox"/> 安定した体調で過ごせる <input type="checkbox"/> 身の回りの事ができる <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 申し込み済み <input type="checkbox"/> これから申し込む予定 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム (ヶ所) <input type="checkbox"/> その他 () 施設名 () <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> リハビリの進行による <input type="checkbox"/> 家族状況による <input type="checkbox"/> その他 ()		

短 期 入 所	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室(特養の場合個室のみ) <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
	希望期間	<input type="checkbox"/> / ~ / <input type="checkbox"/> いつでもよい(約 日間)		
	利用頻度	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (ヶ月毎に 日間 ※曜日希望 含む) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望 <input type="checkbox"/> 必要時に利用		

通 所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	希望曜日	<input type="checkbox"/> なし(週 回) <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土(週 回)		

リ ハ ビ リ の 希 望	●ご本人の希望		●ご家族の希望	
	※特にない場合は「なし」とご記入ください			

本 人 の 生 活 状 況	趣味 特技	職業	性格	飲酒
				喫煙

同 意 書	介護施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を、市町村、担当居宅、介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。			
	年 月 日			
	入所希望者氏名 _____			印 _____
申込者氏名 _____			印 _____	