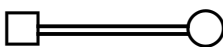


葵会グループ 利 用 申 込 書

☐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 希 望 者	フリガナ				男・女	大正 昭和	年 月 日 生				
	氏 名						(歳)				
	住 所	〒 -					TEL ()				
	現在の居場所	☐ 自宅 ☐ 病院(名称：) ☐ 他施設(名称：)									
	要介護区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5									
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				☐ 申請中 ☐ 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	☐ 後期高齢者医療 ☐ 生活保護(担当ワーカー名) ☐ その他 ()									
	身体・精神障害者手帳	☐ 無 ☐ 有 (種 級 障害名 :)									
	その他 保険証	☐ 無 ☐ 有 (☐ 県障 ☐ 自立支援医療 【更生・精神】 ☐ 特定疾病)									
介護保険負担額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階②)										
収入(年金など)	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ 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			
	(☐ 申込者と同じ)					〒 -		自宅 ()			
								携帯 ()			
						〒 -		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					ご家族の在宅状況		現在利用中のサービス				
 ※本人は塗りつぶす					☐ 家族が必ず在宅		☐ デイサービス (事業所名： 週 回) ☐ デイケア (事業所名： 週 回)				
					☐ ときどき一人になる		☐ 訪問介護 (事業所名： 週 回) ☐ 訪問看護 (事業所名： 週 回)				
					☐ 日中ほとんど一人		☐ ショートステイ (事業所名： 月 回) ☐ 福祉用具 (事業所名：)				
					☐ 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)				
							☐ その他				
☐ 男性 ☐ 女性 / 同居者を囲って下さい											

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

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

通所	希望理由	☐ リハビリ ☐ 社会交流 ☐ その他（ ）		
	希望曜日	☐ なし（週 回） ☐ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （ 週 回）		

訪問リハビリ	希望回数	週 回	希望曜日等	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	☐ 午前 ☐ 午後 希望
※希望リハビリは下記に記載					

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	