

# 葵会グループ 共通 利用申込書

<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 葵の園・新潟島	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 葵の園・新潟北区	申請日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 葵の園・新潟寺尾	<input type="checkbox"/> 入所	利用区分 <input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 再利用 ( 回目)
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 葵の園・新潟内野	<input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)	

利用者希望者	フリガナ			男・女	明治	年 月 日 生
	氏名				大正	
	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: ) <input type="checkbox"/> その他( )				
	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 月 日)		
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名	事業所名	TEL ( )		
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当ワーカー名 )				
	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 保険者証	<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 )					
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
	( <input type="checkbox"/> 申込者と同じ )				〒 -	自宅 ( )
	①					携帯 ( )
	②				〒 -	自宅 ( )
						携帯 ( )

<b>家族構成</b> ※子供や緊急連絡先になる親族等を記入 ※本人は <input type="checkbox"/> か、 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ご家族の在宅状況</b> <input type="checkbox"/> 家族が必ず在宅 <input type="checkbox"/> とときどき一人になる <input type="checkbox"/> 日中ほとんど一人 <input type="checkbox"/> 独居のため誰もいない	<b>現在利用中のサービス</b> <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"/> 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"/> ショートステイ (事業所名: 月 回) <input type="checkbox"/> 福祉用具 (事業所名: ) ( 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
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 / 同居者を囲って下さい		

ショートステイ	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"/> ユニット型個室	<input type="checkbox"/> 従来型個室 ( 葵の園・新潟内野のみ )	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
	希望期間	<input type="checkbox"/> / ~ / 日間	<input type="checkbox"/> いつでもよい (約 日間)	
	定期利用	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎)	<input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望	<input type="checkbox"/> 必要時に利用
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 ( )
	入所形態	<input type="checkbox"/> 一般入所 ( 1回のみ )	<input type="checkbox"/> 在宅復帰希望 (数か月の定期利用)	
	希望部屋	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 <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"/> 従来型個室 ( 葵の園・新潟内野のみ )	<input type="checkbox"/> どちらでも
	開始時期	<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
	申請中の施設	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> これから申し込む
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 ( ヶ所)		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム ( ヶ所)	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		施設名 ( )		
リハビリ実施について望む事 (特にない場合は「なし」とご記入ください)				
●ご本人の希望				
●ご家族の希望				

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒 喫煙
-------	----	----	----------

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入下さい

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	<input type="checkbox"/> 本人の身体、認知機能	<input type="checkbox"/> 家族の介護力	<input type="checkbox"/> 住宅の構造上
		( 具体的な内容 : )		
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
どのような状態であれば暮らせるか		<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	(内容 : )
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		

同意書	介護保険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)			
各施設の入所基準は異なる為、ご不明な点は				
各施設へお問い合わせください。				
申込者氏名 _____ (印)				