

利用申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 順正福祉会

特別養護老人ホーム グリーンヒル順正

施設長 黒川 秀男 殿

申込者 住 所

氏 名

㊞

利用者との続柄 ()

電話番号

特別養護老人ホーム グリーンヒル順正 に入所したいので、利用を申し込みます。

被保険者	被保険者番号									認定年月日	平成	年	月	日
	フリガナ									生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名									性別	男	・	女	
介護認定	住所	〒 TEL												
	認定の有効期限	平成	年	月	日	～	年	月	日	次回申請年月日	年	月	日	
連絡先	要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 (その他)												
	氏名	続柄	住所									電話番号		
現状	①入院中	〔施設名〕												
	②施設入所中	〔施設名〕												
	③在宅	〔掛かり付け医 : (病院名)〕												
身体状況	視力	(ア)普通	(イ)弱視	(ウ)全盲	歩行	(ア)自分で可	(イ)一部介助	(ウ)全介助						
	聴力	(ア)普通	(イ)やや難聴	(ウ)難聴		(杖・歩行器・車椅子)								
	言葉	(ア)普通	(イ)少し不自由	(ウ)不自由	食事	(ア)自分で可	(イ)一部介助	(ウ)全介助						
	褥瘡	(ア)無	(イ)有(程度)		入浴	(ア)自分で可	(イ)一部介助	(ウ)全介助						
	排泄	(ア)自分で可	(イ)一部介助	(ウ)全介助		(特浴・一般浴・シート浴)								
	おむつ使用	(ア)無	(イ)有(昼夜・夜のみ)	(ウ)ホータブル	着脱衣	(ア)自分で可	(イ)一部介助	(ウ)全介助						
精神状況	ア)正常	問 題 行 動	イ)認知障害あり	攻撃的行為	a 重度	b 中度	c 軽度							
	(ア)認知		①記憶障害	a 重度	b 中度	c 軽度								
	(イ)心気症 (ウ)不安		②失見識	a 重度	b 中度	c 軽度								
	(カ)興奮 (キ)幻覚		(イ)心気症 (ウ)不安	(エ)焦燥 (オ)抑うつ状態	火の扱い	a 重度	b 中度	c 軽度						
	(ク)睡眠障害		(イ)心気症 (ウ)不安	(エ)焦燥 (オ)抑うつ状態	徘徊	a 重度	b 中度	c 軽度						
			(イ)心気症 (ウ)不安	(エ)焦燥 (オ)抑うつ状態	不穏興奮	a 重度	b 中度	c 軽度						
入所者本人の状況	現在の住居及び介護サービスの利用状況 該当する番号1つに○ (□内は該当項目にチェック)	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養(□従来型 □ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護												
		<input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム												
		<input type="checkbox"/> 救後・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス												
		<input type="checkbox"/> その他()												
		2. 病院 (病名:) 入院: 平成 年 月から												
		3. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (□ 週4回以上 □ 週2~3回 □ 週1回)												
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (□ 週1回以上)												
		<input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回)												
		<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護												
		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護												
<input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション (□ 週2回以上 □ 週1回)														
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護														
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護 (最近3か月の利用数合計 日)														
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護														
<input type="checkbox"/> 複合型サービス														

健康状態	過去にかかった病気等
	現在服薬中の薬

他施設の申込状況	施設名1	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名2	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名3	申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)

【説明確認及び同意書】

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅介護支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

担当者名		職 種	施設長・相談員・ケアマネ・その他()
受付番号		受付年月日	平成 年 月 日

備考

希望 (1) 多床室 (2) 個室 (3) ユニット型個室 (4) どちらでもよい