

利用申込書

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム グリーンピア瀬戸内
施設長 西岡 安彦 殿 フリガナ

申込者氏名

印

住所 〒

本人との続柄

電話番号

(自宅)

(携帯)

特別養護老人ホーム グリーンピア瀬戸内を利用したいので申し込みます

(フリガナ)		性別		<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日
利用希望者氏名		男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	(歳)	
住所	〒						
介護保険市町村名	介護保険被保険者番号	要介護度	認定の有効期間				
			平成	年	月	日	～平成
			年	月	日		
健康保険種類		年金種類		重度心身障害者医療費資格受給者証			
<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()				有 ・ 無			

該当する箇所に☑を付けて下さい。

利用申込理由	<input type="checkbox"/> 子供や親戚等、身寄りがいないなど介護者（家族）が全くいない。 <input type="checkbox"/> 本人が一人暮らしである。（独居生活） <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有する、高齢などの状況により介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、働いている為介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 現在、入所・入院中の施設・病院等にいる、または退所を言われていて、自宅では介護が困難である。 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現時の状況	<input type="checkbox"/> 独居生活をしている <input type="checkbox"/> 高齢者のみで生活をしている <input type="checkbox"/> 家族と生活をしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院へ入所・入院をしている 現在入所・入院をしている施設・病院名 ()						
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> グリーンピア瀬戸内のみに申込みをしている <input type="checkbox"/> 他施設にも申込みをしている・申込み予定()						
本人の利用の意向	<input type="checkbox"/> 本人が利用を希望している <input type="checkbox"/> 本人が迷っている <input type="checkbox"/> 本人が拒否をしている <input type="checkbox"/> 本人に伝えていない <input type="checkbox"/> 本人の理解が困難である						
病歴	(わかる範囲で記入をお願いします)						
医療について	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> いろいろ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素栄養 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()						

身体 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> ある程度見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 特記事項 ()		
	聴力	<input type="checkbox"/> よく聞こえる <input type="checkbox"/> ある程度聴こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない <input type="checkbox"/> 全く聴こえない <input type="checkbox"/> 特記事項 ()		
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 介助すれば歩ける <input type="checkbox"/> 全く歩けない <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> その他		
生活 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 少し介助すれば食べる <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
		<input type="checkbox"/> はしを使用 <input type="checkbox"/> スプーンを使用 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 経管栄養である <input type="checkbox"/> 胃ろうである		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
		<input type="checkbox"/> トイレを使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツを使用 <input type="checkbox"/> オムツを使用 <input type="checkbox"/> パッドを使用		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
	着替え	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
	洗面	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 介助すればできる <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
喫煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (1 日 本)	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない	
在宅サービスの 利用について	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス (週 回)			
	<input type="checkbox"/> デイケア (週 回)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 回)			
	<input type="checkbox"/> その他のサービス			
	・サービス名 () ・頻度 ()			
家族構成	氏名	続柄	生年月日	備考
利用希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ施設利用を希望 <input type="checkbox"/> 将来的に施設利用を希望 (平成 年 月ごろまでに希望)			
備考	(上記以外で施設に対し何かございましたらご記入をお願いします。)			

- 今後、待機中に要介護の変更、施設、病院の変更等ありましたらグリーンピア瀬戸内まで連絡をお願いします。(利用順位に関連するため)
- グリーンピア瀬戸内から実態把握のため、ご家族様に連絡させていただく場合があります。
- 利用申込みについて、介護保険の保険者である市町村へ、待機者情報等を定期的に報告・提出することがありますので、ご理解・同意をお願いします。