

※ 太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、ホームへご相談下さい)

※ □欄は、該当するものに○を記入してください

※ 保険者名・保険者番号は介護保険者証に記載されています(保険者は市町村名になります)

介護付有料老人ホームガーデンハウス慈遊館 仮入居申込書

入居を希望する方	フリガナ			保険者名							
	氏名			被保険者番号							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()歳	性別(男・女)				
	現住所	(郵便番号 -)			電話番号(- -)		携帯番号(- -)				
認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定又は要支援認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 要支援 (1 ・ 2) <認定有効期間> 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 (平成 年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中 (平成 年 月 日申請)										
	<input type="checkbox"/> 要介護認定をうけていない <input type="checkbox"/> 認定申請中 (平成 年 月 日申請)										
	世帯状況		<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる								
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> ご自身がホームでの入居を希望するため。 <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去等を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()										
希望する居室	<input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 洋室 <input type="checkbox"/> 洋室(シャワー付) <input type="checkbox"/> 1LDK(二名部屋) <input type="checkbox"/> どちらでも良い _____ 号室(希望がある場合のみ)										
介護付有料老人ホーム ガーデンハウス慈遊館(指定特定施設等) 施設長 山下 三之 当ホームに入居をするため、仮申込します。 また、当ホームが入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者や地域包括支援センター等から情報提供を受けることに同意します。 平成 年 月 日 (仮申込者) 住所 _____ 氏名 _____ (印) (続柄) _____											

連絡先

氏名 :	続柄 :	携帯番号 :
〒 -		
住所 :		

※ 太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、ホームへご相談下さい)

※ □欄は、該当するものに☑を記入してください

◎ 介護者・家族等の状況

家族構成	続柄	氏名	年齢	本人と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主たる介護者（仮申込者の方を主に介護されている介護者の方について）	フリガナ				年齢	本人との関係	備考
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病 [<具体的に>] <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態 <input type="checkbox"/> 仕事や入居希望者以外の方の看病等があり、介護困難な状態である [<具体的に>] <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である [<具体的に>] <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入居中					
	介護暦	年 月頃から介護している (期間：約 年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり (氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり (氏名 _____ 続柄 _____)					
	意見	[生活や介護のことで困っていることなど]					

◎ 入居希望者の状況

入居希望者の状況	入居希望の状況	<input type="checkbox"/> すぐにでも入居したい <input type="checkbox"/> すぐではないが入居を希望している <input type="checkbox"/> 入居を検討しているが、はっきりとはわからない <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕
	サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 他の施設や医療機関に入っている 〔 <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設名又は医療機関名: _____ ・ 所在地: _____ ・ 電話番号: _____ ・ 入所又は入院時期 : 平成 ____ 年 ____ 月から入所(入院)している。 ・ 施設や医療機関から退所(退院)を求められているか。(いる ・ いない) 〕
		<input type="checkbox"/> 以前、指定介護老人福祉施設に入所していたが、医療機関に入院するため退所した 〔 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入所していた施設名 : _____ ・ 所在地: _____ ・ 電話番号: _____ ・ 退所した時期 : 平成 ____ 年 ____ 月退所 〕
		<input type="checkbox"/> 在宅で介護保険の居宅サービス(訪問・通所系サービス及び短期入所)を受けている <ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅介護支援事業所又 地域包括支援センター 事業所名: _____ 住所: _____ 電話番号: _____ ・ ケアマネージャー 氏名: _____
	住宅の状況	<input type="checkbox"/> 他施設又は医療機関に入所・入院中であるが、退所後、行き場がない (理由)
<input type="checkbox"/> 段差・手すり・浴室・トイレ・居室の広さなどが生活・介護に適さず、住宅改修も困難である		
その他、住宅の状況で困っていること等ありましたら、お書きください。 〔 _____ 〕		
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症状はない <input type="checkbox"/> 認知症状がある (具体的に書いてください) 〔 _____ 〕	

