

特別養護老人ホーム志度玉浦園利用申込書

園長	課長	リーダー	担当

特別養護老人ホーム志度玉浦園 園長 殿

次のとおり、貴施設に入所いたしたく、申し込みします。

		利用申込年月日	令和 年 月 日	
ふりがな			利用者との関係	電話
申込者の氏名				携帯
申込者の住所	〒			
ふりがな			男・女	明・大・昭 年 月 日生 歳
氏名				
住所	〒			電話
現在の要介護認定の結果等	被保険者名(市町村名)	被保険者番号		
	有効期間	年 月 日～	年 月 日	要介護認定区分
指定居宅介護支援	事業所名	専門員名		電話
ご利用者の状況等 <small>*別途入所時に事前調査及び別紙意見書等による判定があります。</small>	所在	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設等又は病院名 ()		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(独歩・杖・歩行器・押車・車椅子・歩けない)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(トイレ・ポータブル・リハビリパツ・紙オムツ)		
	食事	主食: <input type="checkbox"/> 軟(普通) <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動		
		副食: <input type="checkbox"/> 軟(普通) <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> ミキサー		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
認知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (重度・中度・軽度)			
現在サービスご利用内容				
優先入所希望の有無	優先入所希望 有 ・ 無			
優先入所希望の理由	<small>*希望有りの場合は入所判定時に優先入所意見書、及び居宅サービス利用票(直近3ヶ月)の提出が必要となります。 *平成27年4月介護保険法改正により、入所は原則「要介護3」以上の方に限定となります。ただし「要介護1」または「要介護2」の方で居宅において日常生活を営むことが困難なことについて一定のやむを得ない事由があれば、特例として入所が認められる場合もあります。</small>			
添付書類	優先入所意見書 ・ 済		サービス利用票 ・ 済	
その他特記事項				
ご利用希望日	令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()			

① この申込の内容については、介護老人福祉施設の入所希望者情報として、介護保険の保険者(市町)に対して提供することに同意します。

② 被保険者番号を記載しない場合にあつては、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号、要介護認定の結果について、入所申し込み数を把握するための調査資料として県へ提供することに同意します。

ご利用者又は申込者 _____ ㊟

グループホーム志度玉浦園利用申込書

園長	課長	主任	主任	担当

グループホーム志度玉浦園管理者 殿

次のとおり、貴施設に 入所 いたしたく、申し込みします。

		利用申込年月日	令和 年 月 日					
ふりがな			利用者 との関 係	電話				
申込者の氏名				携帯				
申込者の住所	〒							
ご利用者の状況	ふりがな			男・女	明・大・昭 年 月 日生			歳
	氏名							
	住所	〒				電話		
	現在の要介護認定の結果等	被保険者名 (市町村名)		被保険者 番号				
		有効期間	年 月 日～		年 月 日		要介護認定区分	
	指定居宅介護支援	事業所名			専門員名			電話
	<input type="checkbox"/> 別途入所時事前調査又は別紙意見書等による	所在	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設等又は病院名 ()					
		歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (独歩・杖・歩行器・押車・車椅子・歩けない)					
		排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・ポータブル・おしめ・その他)					
		食事	主食： <input type="checkbox"/> 軟(普通) <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動					
副食： <input type="checkbox"/> 軟(普通) <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> ミキサー								
摂取： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
認知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (重度・中度・軽度)							
現在サービスご利用内容								
その他特記事項								
ご利用希望期日 入所理由	令和 年 月 日() ～ 令和 年 月 日()							

① この申込の内容については、入所希望者情報として、介護保険の保険者（市町）及び香川県に対して提供することに同意します。

ご利用者又は申込者 _____ ④