

受付印

葉山グリーンヒル入所申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
申込時刻	午前・午後 時 分		

施設長 殿

葉山グリーンヒルに入所したいので、次のとおり申し込みます。

窓口来訪者 (連絡先になります)	住所	〒	
	氏名		
	続柄		電話 ()

入所希望者の状況	フリガナ氏名			男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳																							
	現住所	〒				同一世帯者	あり・なし																						
	介護保険の保険者	市・区・町	介護保険の被保険者番号																										
	要介護状態区分	<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																											
	認定の有効期間	平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日																											
	健康保険(種類)			年金・扶助等(種類/年額)	/ 円																								
	収入等に関すること	介護保険負担限度額認定証の交付	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食費の負担限度額 _____ 円 居住費の負担限度額 <u>ニツ個室</u> 円																										
		所得段階 第 _____ 段階																											
		年金・扶助以外の本人収入額・手段	円(年間)・																										
	費用負担者			費用負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割																								
障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手帳の種類 _____ (障害名)																												
現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 当施設関連の在宅サービスを利用している、又は利用したことがある。																												
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養・胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> その他()																												
把握に努めてください	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病名(現在治療中)</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <th>病名(既往症)</th> <th>入院・通院病院</th> <th>期間</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>					病名(現在治療中)	入院・通院病院	期間			年 月～			年 月～			年 月～	病名(既往症)	入院・通院病院	期間			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月			年 月～ 年 月
病名(現在治療中)	入院・通院病院	期間																											
		年 月～																											
		年 月～																											
		年 月～																											
病名(既往症)	入院・通院病院	期間																											
		年 月～ 年 月																											
		年 月～ 年 月																											
		年 月～ 年 月																											
担当ケアマネジャー	氏名			電話	()																								
	事業所名																												

家族や住居等の状況	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 家族等が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい			
	※該当するものを全て選んでください	<input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> グリーンヒルを退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 入所希望者は独居の世帯である			
	主な介護者	氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日 歳
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所（ ）			
	希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	意見	介護をしている上で特に困っていること			
その他の家族	氏名	希望者との続柄	生年月日	備考	
	※同居・別居区別なく、申込み希望者の子または兄弟などを記入		大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
			大・昭・平 年 月 日		
その他	他の特養施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 葉山グリーンヒルにのみ申し込み <input type="checkbox"/> 他の特養施設も申し込んだ、または予定（ ）			
	要介護1・2の方	以下のうち、該当すると思われる項目に印を付けてください。（複数可） <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 認知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。 ※該当すると思われる項目については、詳細について何う必要がありますので、そうした事情がわかるように、備考欄に具体的な状況を記載してください。			
	備考	本入所申込書に記載した事項あるいは記載事項にない事項で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入ください。			
当施設が保管する入所申込みに関する情報について、区市町村等から状況把握のために提示を求められた際は当施設がそれに応じることに同意します。					
利用者氏名 ㊟ 申込者氏名 ㊟					
説明確認欄	私は入所申込みに際し、入所申し込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から文書にて説明を受けました。 令和 年 月 日 確認者氏名				