

利 用 申 込 書

申込日	年 月 日
-----	-------

申込者（連絡先）

住所	(〒 -)		
	TEL ()		
	【E-mail : @ 】		
(フリガナ) 氏名		続柄	

※ 私は、「介護老人保健施設 グレースヒル湘南」の重要事項の内容について同意しました。
つきましては、以下の通り申し込みます。

利用サービス	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 長期入所→ [<input type="checkbox"/> 1～6ヶ月以内の入所 <input type="checkbox"/> 6～12ヶ月以内の入所 <input type="checkbox"/> 1年以上の入所]		
利用時期	<input type="checkbox"/> 直ぐに利用したい <input type="checkbox"/> いずれ利用したいが今は必要ない <input type="checkbox"/> 年 月 頃から利用希望		
部屋の希望 <small>(デイケアは除く)</small>	本館	<input type="checkbox"/> 個室（一般棟のみ個室料金あり） <input type="checkbox"/> 2人室（一般棟のみ室料あり） <input type="checkbox"/> 4人室（室料：無） <input type="checkbox"/> 指定なし	
	別館	<input type="checkbox"/> 個室（個室料金あり） <input type="checkbox"/> 準個室（室料：なし） <input type="checkbox"/> 指定なし	

● 利用希望者の状況	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		住民登録	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
	現住所	[〒 -] TEL ()			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	(歳)	
	生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) <input type="checkbox"/> なし			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 区分変更中 (年 月 日付) <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 <input type="checkbox"/> 申請中 認定期間 年 月 日～ 年 月 日			
	現在利用している在宅サービスをご記入ください	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [_____] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) [_____]			
	家族構成 <small>※ご本人様以外の方</small>	家族氏名	続柄	年齢	構成図

● 利用希望者の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている→ <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院している ※施設・病院に入所・入院している場合は記入してください。													
		施設名又は病院名(所在地)	(_____) <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村												
		入所又は入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日～ 約 _____ ケ月間												
身体的状況	食 事	食事摂取方法 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													
		食事形態(主) → <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 8分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペ-スト 食事形態(副) → <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ペ-スト													
	排 泄	排泄方法 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													
		オムツ形態→ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 防水布パンツ													
	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													
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													
	移 動	歩行の方 → <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													
		車椅子の方→ <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助													
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 非常に悪い <input type="checkbox"/> 見えない													
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない														
言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない														
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 認知症はなし <input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要としている。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 ※自傷行為・せん妄・徘徊・奇声・異食・不潔行為・攻撃的行為等の行動あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。														
医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人口肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 内服薬(1日 _____ 種類) <input type="checkbox"/> その他(_____)														
	※現在治療中の病気 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">病 気</th> <th style="width:33%;">入 院・通 院 病 院</th> <th style="width:34%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～</td> </tr> </tbody> </table>			病 気	入 院・通 院 病 院	期 間			年 月 日～			年 月 日～			年 月 日～
病 気	入 院・通 院 病 院	期 間													
		年 月 日～													
		年 月 日～													
		年 月 日～													
※該当するものすべてを選んでください。	※既往歴 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">病 気</th> <th style="width:33%;">入 院・通 院 病 院</th> <th style="width:34%;">期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>			病 気	入 院・通 院 病 院	期 間			年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日			年 月 日～ 年 月 日
病 気	入 院・通 院 病 院	期 間													
		年 月 日～ 年 月 日													
		年 月 日～ 年 月 日													
		年 月 日～ 年 月 日													

● 利用希望者の状況	主な介護者	フリガナ		性別	【生年月日】 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
		氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 (歳)		
		住所 ※ご本人様住所と違う場合のみ記入	〒 - TEL ()				
	身元引受人 ※お申込者と違う場合のみご記入願います。	続柄		フリガナ 氏名		年齢	
		住所 ※ご本人様住所と違う場合のみ記入	〒 - TEL ()				
	緊急連絡先①	フリガナ					
		氏名	(続柄:)	TEL	()	携帯	()
	緊急連絡先②	フリガナ					
		氏名	(続柄:)	TEL	()	携帯	()
	緊急時 希望病院	①		(受診歴- <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
②		(受診歴- <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
担当 ケア マネージャー	氏名		連絡先	TEL	()		
	事業所名						
当施設利用 希望 ※具体的にご記入願います							
※この欄は長期入所希望の方のみご記入願います	◆以下の項目で該当するものにレ点をご記入願います。						
	<p>【介護者の状況】</p> <input type="checkbox"/> 何らかの状況（一人暮らし、身寄りが無いなど）によって、一日を通じて介護できる者がいない。 <input type="checkbox"/> 何らかの状況（介護者が日中就労等で留守など）によって、日中または夜間介護できる者がいない。 <input type="checkbox"/> 一日を通じて介護できる者がいるが、高齢、虚弱、育児中などで介護が困難。 <input type="checkbox"/> 一日を通じて介護できる者がいる。 <p>【自宅の構造】</p> <input type="checkbox"/> 増改築しても在宅生活困難となる障害がある。 <input type="checkbox"/> 大規模な増改築ができれば在宅生活が可能。 <input type="checkbox"/> 小規模な増改築により、在宅生活ができる。 <input type="checkbox"/> 増改築なく、在宅生活ができる。 <p>【在宅復帰の可能性】</p> <input type="checkbox"/> 在宅復帰を希望。 <input type="checkbox"/> 在宅復帰は希望しない。 <p>【入所優先順位】</p> <input type="checkbox"/> グレースヒル・湘南への入所を第一優先に考えている。 <input type="checkbox"/> グレースヒル・湘南への入所を第一優先に考えていない。						
他施設の 申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる						
	他の施設名 と申込時期		年 月頃申込 年 月頃申込 年 月頃申込				

療養生活援助に関してのご家族からの要望

※ご利用される大切なご家族の為に協力ください。宜しくお願い申し上げます。

<p>● 日常生活面 (精神面を含む)</p>	<p>例：①入浴を嫌がる時は「お医者さんに診てもらおうので」というと入ります。 ②プライドが高く傷つきやすい面がある為、声かけには注意が必要。等 ご記入ください。</p>
<p>● 趣味・ 娯楽面</p>	<p>例：①字を書くことが好きです。書道の機会があれば参加させてほしい。 ②相撲が好きなので夕方はテレビを見せてほしい。等 ご記入下さい。</p>
<p>● 介護に 対する意向</p>	<p>例：①トイレが1人で出来るようになれば在宅復帰を希望。 ②農業をずっと営んでいたのが畑仕事をさせてほしい。等 ご記入下さい。</p>

ご協力ありがとうございました。