申込日　　年　　月　　日

（様式1）

入 所 申 込 書

申 込 者 〒

介護老人福祉施設グランボヌール 様

住　所

氏　名　　印（入所希望者との関係　　）

電　話

携帯電話

入所希望者の状況	ふりがな											生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和　　満　　歳
	氏　名										男 女		
	住　所	〒　　－ 電話番号　　－											
	介護保険	要介護度	□要介護度1	□要介護度2	□要介護度3	□要介護度4	□要介護度5						
		被保険者番号										保険者（市町村）	
		認定期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日										
	健康保険	種別						障害者手帳	種類				
		記号番号							判定				
	収入状況	年金等	（種別）　　（支給年額）										
			（種別）　　（支給年額）										
			生活保護受給	有　・　無									
	現況（在宅）	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で夫婦と暮らしている　□自宅で子供と同居している											
		在宅サービスの利用　□あり（内容　　）　□なし											
		□在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している											
	現況（施設・病院）	□施設や病院で生活している（施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい）											
		□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□養護老人ホーム　□グループホーム □病院（救急）　□病院（一般）　□病院（療養）　□その他（　　）											
		施設又は病院名						入所又は入院時期　　年　　月頃					
	医療の状況	現病名（　　）											
		病　歴（　　）											
		□鼻腔栄養　□胃ろう　□インシュリン注射　□ペースメーカー　□痰吸引　□酸素療法　□透析　□疼痛管理											
		□人工肛門　□膀胱留置カテーテル　□褥瘡　□C型肝炎等　□MRSA　□その他（　　）											
入所希望者の日常生活状況	□認知症がある　→特記すべき症状（　　）												
	□視力に障害がある　□聴力に障害がある　□言語に障害がある　□手足に障害がある												
	移動・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	□杖を使用　□車椅子を使用　□歩行器　□その他（　　）											
	食事・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	形態：□普通食　□刻み食　□流動食　内容：□普通　□治療食											
	排泄・・・□自分で可　□一部介助　□全介助	□トイレ　□ポータブル　□オムツ　□その他（　　）											
	入浴・・・□自分で可　□一部介助　□全介助												

入所希望の時期及び理由	□すぐに入所したい　□将来的に入所したい（時期　　頃）　□他施設入所申込みをしている			
	□身寄りがい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ため □介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難なため □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、十分な介護が困難なため □介護する者が要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難なため □介護する者が複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難なため □介護する者が就業しているため、十分な介護が困難なため □居住環境の事情により十分な介護が困難なため（具体的な内容：　　） □施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため □その他（　　） ※該当するものすべてに、レ印等を記入して下さい			
	その他の具体的な状況（経済的状況、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など）			
医療・介護関係者	主治医	医療機関名　　主治医氏名		
	担当ケアマネージャー	□いる　□いない	事業所名　　担当者名	
身元引受人	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
	氏　名			
	住　所	〒　－		
	電話番号	（自宅）　　（携帯）		
		（勤務先）		
連絡先	ふりがな		希望者との関係	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
	氏　名			
	住　所	〒　－		
	電話番号	（自宅）　　（携帯）		
		（勤務先）		
個人情報取得・提供の同意	入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入所希望者の情報を提供することに同意します。 なお、入所申込後に入所希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。 入所希望者　氏　名　　印 家　族　等　氏　名　　印			

※入所申込受付には、入所申込書・入所申込意見書・介護保険被保険者証（写）が必要となります。