

特別養護老人ホームグランスマイル入所申込書

特別養護老人ホームグランスマイル施設長 様
高森町長 様

[新規 ・ 変更 ・ 更新]

申込日		令和 年 月 日	保険者名 (市町村名)							
「入所に関する連絡先」 申込者	ふりがな				性別	入所希望者との関係				
	氏名				□男 □女	□配偶者 □子 □子の配偶者 □兄弟姉妹 □その他()				
	住所	〒			自宅電話 携帯電話	() ()				
		昼間の連絡先：□自宅 □携帯 □会社等「 」電話番号 ()								
入所希望者の状況	ふりがな				性別	被保険者番号				
	氏名				□男 □女					
	住所	〒			年齢	介護度	□1 □2 □3 □4 □5			
		電話 ()			歳	認定期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日								
	医療の状況	□経管栄養(□経鼻 □胃瘻 □腸瘻) □カテーテル □ストーマ □酸素療法 □透析 □インシュリン □気管切開 □その他() [現在治療中の病名]()								
現在の生活場所	□在宅で生活 □老健・療養型、又は1年以上病院に入院 □特定施設(有料老人ホーム等)・グループホーム □特別養護老人ホーム 各施設名または病院名() 入所・入院時期 年 月から									
家族・親族等の状況	世帯等の形態	□自宅では一人で暮らしている □自宅では高齢者のみで暮らしている □自宅では高齢者以外を含む家族と暮らしている								
	近隣家族の有無	□近隣に家族はいない □近隣に家族がいる □敷地内、隣、道路向いに家族がいる ※「家族」：2親等 ※「近隣」：概ね車で30分以内								
	同居家族及び近隣家族の状況	氏名	住所	続柄	年齢	同居・別居	要介護	障害	複数介護	
						□同居・□別居	□	□	□	
						□同居・□別居	□	□	□	
						□同居・□別居	□	□	□	
					□同居・□別居	□	□	□		
※「要介護」：要介護1以上 ※「障害」：身障手帳3級以上、療育手帳A、精神福祉手帳1級 ※「複数介護」：複数人の家族を介護、看護、または未就学児の育児中。 介護・看護・育児を受けている方の氏名() () ()										
ジェノグラム(家系図)	男性□、女性○ 亡くなっている場合■・● 同居者は線で囲む				例：本人90歳女性、夫死亡、子供3人 					

