

# ガーデンハイツ湯野入居申込書

申込受付日 令和 年 月 日

申込者(ご連絡先及び郵便物送付先) 申込受付 No.

住所	〒		
氏名	(入所希望者との続柄)		
電話	自宅	携帯	

ガーデンハイツ湯野に入居したいので次の通り申込みします。

## 1. 入居希望者の情報

フリガナ		被保険者番号	
氏名		保険者	
現住所	〒		
生年月日	明・大・昭 申込現在 歳	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給あり <input type="checkbox"/> 受給無し
	年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	居住歴 年
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <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 / 有効期限 令和 年 月 日		
認知症度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 不明		
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他( )		

	かかりつけ医		主治医氏名	
疾病等の状況	既往歴			
医療等の必要性	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無・医療用具の使用 <input type="checkbox"/> ・バルーン <input type="checkbox"/> ・人工肛門 <input type="checkbox"/> ・在宅酸素 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ・人工透析 <input type="checkbox"/> ・経管栄養 <input type="checkbox"/> ・褥瘡(とこずれ)・その他( )			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院等に入居(入院)している 施設名 _____ 所在地 _____。 令和 年 月 日 入所(入院)  退所(退院) 令和 年 月 日 退院(退所) 済・予定			
在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 週____回以上 <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリ 週____回以上 <input type="checkbox"/> 短期入居 直近3カ月の利用回数 ____日 <input type="checkbox"/> 夜間訪問介護 週____回 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 週____回 <input type="checkbox"/> その他( )週__回 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用無し			
ご利用中の居宅介護支援事業所名	事業所名： 担当介護支援専門員氏名：			

### 3. 主たる介護者の情報

フリガナ		性別	男・女	本人との関係	
氏名		生年月日	大・昭・平 歳 年 月 日		
住所	〒				
電話	自宅 携帯				
同居区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 同居する予定 <input type="checkbox"/> 別居する予定				
お勤め状況	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 無職				
その他介護者	名前		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係
	名前		年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 同一市内 <input type="checkbox"/> 県内市外 <input type="checkbox"/> 県外 )	入所申込者との関係