

ル・グラングループ利用申込書

平成 年 月 日

申込者	氏名	本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（ ）	
	住所		
	連絡先	（ ）	携帯・FAX等 （ ）

利用者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年 月 日	歳 血液型
	住所 〒	—	電話	（ ）

複数の施設選択可能（その場合、第一希望の施設へ転所を希望 する ・ しない ）（希望施設名）

介護付有料老人ホーム ル・グランガーデン清水
 介護付有料老人ホーム ル・グランガーデン函南
 住宅型有料老人ホーム ル・グランガーデン三島
 住宅型有料老人ホーム ル・グランガーデン御殿場
 住宅型有料老人ホーム ル・グランガーデン修善寺
 住宅型有料老人ホーム ル・グランガーデン沼津
 デイサービス ル・グランハート函南
 デイサービス ル・グランハート御殿場
 デイサービス ル・グランハート修善寺
 デイサービス ル・グランハート沼津

他の施設等へ（ 特別養護老人ホーム 老人保健施設 グループホーム 有料老人ホーム 申込み中 はい ・ いいえ ）

介護保険被保険者番号									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	要支援（ 1 ・ 2 ）
---------	--------------------------	--------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先 (緊急時又は上記以外)	氏名	続柄
	住所	
	電話	（ ） 携帯等 （ ）

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居・別居

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅で生活中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中	
	病院・施設名	
	電話	（ ） 主治医・相談員名
	受診状況	月 ・ 週 回 （ 通院 ・ 往診 ）

居宅介護支援事業所	電話	（ ）	マネージャー名
-----------	----	-----	---------

紹介先等	電話	（ ）	紹介者名
------	----	-----	------

協力医療機関	協力医療機関の利用 する ・ しない	協力歯科医院の利用 する ・ しない
--------	--------------------	--------------------

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ その他（ ）
 食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 主食（ 常食・粥 ） 副食（ 常菜・きざみ・ミサー ）
 排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル ・ おむつ
 認知症： 有 ・ 無 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）
 医学的管理： 在宅酸素 ・ バルーンカテーテル ・ 胃ろう ・ インスリン ・ その他（ ）

添付書類：介護保険被保険者証の写し（被保険者及び要介護状態区分がわかるもの）又は介護保険資格者証 ①この入居申込書のほかに、面接時に診断書が必要となります。②この入居申込書の提出をもって、入居が決定するものではありません。後日、面接調査のうえ、入居の決定をいたします。