

社会福祉法人 愛心会

特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム 入所申込のご案内

ロイヤル千葉グリーンホームの入所申込時の資料について、以下の書類を記入し、持参していただくか、郵送にてご提出をお願いいたします。

①入所申込書（両面印刷）を、入所申込書（記載例）を参照の上、ご記入をして下さい。

②介護保険被保険者証（コピー）

※ご提出していただいた申込書は、入所待機とさせていただきます。

※状況確認の為、施設からご連絡をさせていただく場合がありますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※ご提出後に、入所申込の取り下げをしたい場合は、お手数ですが、下記の問い合わせ先までご連絡の程よろしくお願いいたします。

【問い合わせ・郵送先】

社会福祉法人 愛心会
特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム
(担当：生活相談員)

住所：〒267—0067
千葉県千葉市緑区あすみが丘東 2-21-1

電話：043-497-5505 FAX：043-205-5253

・ご不明な点や、入所のご相談等につきましては、問い合わせ先までご連絡をいただけますようお願いいたします。

特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム 入所申込書

※□太枠内に御記入ください(必須)

令和 年 月 日

申込連絡先(家族等代理の場合)		施設記入欄	
フリガナ	続柄	受付日	令和 年 月 日
氏名		受付者	
〒	—	説明等	・施設概要 (R . . .) ・サービス料金 (R . . .) ・その他
電話番号			
携帯番号			
特記事項			

フリガナ		性別	保険者(番号)	市町村
氏名		男・女	被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要介護度	未・1・2・3・4・5	
要介護認定期間 平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日まで			認定申請(予定等) ※要介護度未決定の方は御記入ください。	
自宅住所 〒			電話番号 (連絡先)	
現在の居所	☐ 自宅で単身 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と生活 ☐ 他の施設や病院で生活			
施設・病院名			入所・入院期間 平成・令和 年 月 日～	
所在地 〒			電話番号 (連絡先)	
入所申込理由 (該当する項目すべて選択してください) ☐ 施設入所により、安定した生活を送りたい ☐ 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 ☐ 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅の生活が困難 ☐ 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない ☐ 介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のため、介護が困難 ☐ 利用したい在宅サービスが十分ではない(夜間訪問介護など) ☐ 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい ☐ 住居が介護に適さない(狭い、改修不可など) ☐ 地域・住宅環境が在宅サービスに適さない(立地・地形上) ☐ その他の理由(具体的に) ()				
当施設を選んだ理由 ☐ 病院の紹介 (病院名 病院) ☐ 自宅に近い施設である ☐ ケアマネの紹介 (居宅名 担当ケアマネ) ☐ 家族が近くに住んでいる ☐ その他() ☐ 在宅サービスなどなじみの施設である ☐ 特別な理由なし				
入所意向 ☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 入所したくない ☐ 今後相談する				
在宅介護継続期間 年 か月			居宅サービス等の利用の有無 ☐ 有 ☐ 無	
利用経験有選択 ☐ 訪問介護(ホームヘルプ) ☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 訪問入浴介護 ☐ 通所リハビリテーション(デイケア) ☐ 訪問看護 ☐ 生きがいデイ等その他通所 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所生活介護(特養) ☐ ☐ 短期入所療養介護(老健・病院) ☐ ☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ☐ その他 ()				

本人の状況					
入所希望の時期		☐ 早期希望 ☐ いつでも可能 ☐ 月 日頃希望 ☐ 特になし			
		※ ☐ 入院中の方は退院の許可が出ている その他()			
利用している居宅介護支援事業所		事業所名			
		ケアマネージャー			
		☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インスリン注射 ☐ ストーマ(人工肛門) ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ バルーン留置 ☐ その他() 現在の治療中の病名 ()			
医療の状況		医療機関名：診療科目・医師名 () ()			
		特記事項()			
他施設への申込状況		☐ 当施設のための申込 ☐ 他の施設(特養・老健・病院)にも申し込んでいる(予定含む) か所 申込施設名 ()()			
		申込予定施設名 ()()			
		入所待機期間(他施設も含む) 年 月			
主たる介護者の状況					
同居家族構成		☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他() 計 人			
フリガナ				年齢	ジェノグラム
主たる介護者の名前					
本人との関係		続柄() ☐ 同居 ☐ 別居			
住 所					
連絡先	電話番号				
	携帯番号				
意見等(現在介護等で困っていることなど) ※身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日及び時間)など					
同意欄 1. 今回の入所申込を受けて、施設の職員が入所希望者の心身の状態等について調査することに同意し、協力いたします。 2. 円滑な入所のために、施設が現在利用している居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーと連携を図り、情報の提供を受けることに同意します。 また、現在病院等に入院している場合は、病院と連携を図り、情報の提供を受けることに同意をします。 3. 入所にかかる諸々の情報について関連する各事業所との連携、報告をするに同意します。					
令和 年 月 日					
氏名(本人)					
氏名(ご家族等)					

必要に応じて申込後の状況について、施設より確認や連絡をすることがあります。

入所希望時期・他施設への申込状況については、入所決定に関して何ら影響を与えるものではありません。今回入所にかかる個人情報を取り扱うにあたり、個人情報の保護に関する法律、及び当法人内諸規定等を遵守いたします。

社会福祉法人 愛心会
特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム

特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム 入所申込書

※□太枠内に御記入ください(必須)

令和 ○年 ○月 ○○日

申込連絡先(家族等代理の場合)		施設記入欄	
フリガナ	ロイヤル ハナコ	続柄	長女
氏名	ロイヤル 花子	受付日	令和 年 月 日
〒	〇〇〇-〇〇〇〇	受付者	
	〇〇市〇〇区〇〇〇〇2-21-1	説明等	・施設概要(R . . .) ・サービス料金(R . . .) ・その他
電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇		
特記事項			
介護保険証確認記入			
フリガナ	ロイヤル タロウ	性別	保険者(番号)
氏名	ロイヤル 太郎	男・女	市町村
		被保険者番号	どこかに○つける
生年月日	明(大) 昭 〇〇年 〇月 〇〇日(満 〇〇歳)	要介護度	未・1・2・3・4・5
要介護認定期間		認定申請(予定等) ※要介護度未決定の方は御記入ください。	
平成・令和 〇年 〇月 〇日～令和 〇年 〇月 〇〇日まで			
自宅住所		電話番号	
〒 〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
上記と一緒にあれば同上		どこかにチェック	
現在の居所	☐ 自宅で単身 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と生活 ☐ 他の施設や病院で生活		
施設・病院名	入所されている場合記入		入所・入院期間 平成・令和 〇年 〇月 〇日～
所在地			電話番号
〒	—		
入所申込理由 (該当する項目すべて選択してください) 該当するもの全てチェック			
☐ 施設入所により、安定した生活を送りたい ☐ 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介助が必要 ☐ 認知症などにより常時の見守り、介護が必要 ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅の生活が困難 ☐ 介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない ☐ 介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のため、介護が困難 ☐ 利用したい在宅サービスが十分ではない(夜間訪問介護など) ☐ 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい ☐ 住居が介護に適さない(狭い、改修不可など) ☐ 地域・住宅環境が在宅サービスに適さない(立地・地形上) ☐ その他の理由(具体的に)			
()			
当施設を選んだ理由 どれかにチェック			
☐ 病院の紹介 (病院名 病院) ☐ ケアマネの紹介 (居宅名 担当ケアマネ) ☐ その他 ()			
入所意向 どれかにチェック			
☐ 入所を希望している ☐ 迷っている ☐ 入所したくない ☐ 今後相談する			
在宅介護継続期間 年 か月		居宅サービス等の利用の有無 ☐ 有 ☐ 無	
利用経験有選択		在宅に居た時に使用していたサービスにチェック! 又、在宅介護期間と居宅サービスの有無どちらかチェック	
☐ 訪問介護(ホームヘルプ) ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリテーション		☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 通所リハビリテーション(デイケア) ☐ 生きがいデイ等その他通所 ☐ 短期入所生活介護(特養) ☐ 短期入所療養介護(老健・病院) ☐ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	
□ その他 ()			

本人の状況					
入所希望の時期	☐ 早期希望 ☐ いつでも可能 令和 ○年 ○月 ○○日				
	※ ☐ 入院中の方は退院の許可が出ている その他(どこかにチェック)				
利用している居宅介護支援事業所	事業所名	○○○○○○○			
	ケアマネージャー	担当のケアマネージャー			
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素療法 ☐ インスリン注射 ☐ ストーマ(人工肛門) ☐ カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ その他() 現在の治療中の病名 治療中の病名記入 ()				
受診医療機関	医療機関名:	診療科目・医師名			
	(○○病院)	(整形外科)	○○Dr	()	
他施設への申込	特記事項(どこかにチェック)				
	☐ 当施設でのみの申込 ☐ 他の施設(特養・老健・病院)にも申し込んでいる(予定含む) か所 申込施設名 () () 申込予定施設名 () () 入所待機期間(他施設も含む) 年 月				
主たる介護者の状況					
同居家族構成	☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ その他() 計 人				
フリガナ	ロイヤル ハナコ	年齢	ジェノグラム		
主たる介護者の名前	ロイヤル 花子	○○			
本人との関係	続柄(長女) ☒ 同居 ☐ 別居				
住所	○○市○○区○○○○2-21-1				
連絡先	電話番号 ○○○-○○○-○○○○				
	携帯番号 ○○○-○○○○-○○○○				
意見等(現在介護等で困っていることなど)					
※身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日及び時間)など					
特養へ入所申込みした理由等					
同意欄					
1. 今回の入所申込を受けて、施設の職員が入所希望者の心身の状態等について調査することに同意し、協力いたします。 2. 円滑な入所のために、施設が現在利用している居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーと連携を図り、情報の提供を受けることに同意します。 また、現在病院等に入院している場合は、病院と連携を図り、情報の提供を受けることに同意をします。 3. 入所にかかる諸々の情報について関連する各事業所との連携、報告をするに同意します。					
令和 ○年 ○月 ○○日					
氏名(本人) ロイヤル 太郎					
氏名(ご家族等) ロイヤル 花子					

必要に応じて申込後の状況について、施設より確認や連絡をすることがあります。
入所希望時期・他施設への申込状況については、入所決定に関して何ら影響を与えるものではありません。
今回入所にかかる個人情報を取り扱うにあたり、個人情報の保護に関する法律、及び当法人内諸規定等を遵守いたします。

社会福祉法人 愛心会
特別養護老人ホーム ロイヤル千葉グリーンホーム