

入居申込書

令和 年 月 日

申請者住所
氏名
入居者との関係()

私は、グループホームへの入居を申込みします。

入居を希望するすべての施設に○印を付けて下さい。優先順位がある場合は番号を記入してください			
グループホーム あおぞら		グループホーム あったかほーむたかつ	
グループホーム 香り草			
上記以外の他施設申込状況()			

利用者氏名	フリガナ	男・女	明・大・昭	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話() -					
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援 <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 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日 給付制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 介護サービスの利用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所)					
ケアマネージャー	事業所名:		担当者名:			
かかりつけの医療機関	主治医名 (科)					
現病名	認知症の診断 (有 ・ 無)					
既往歴						
特別な医療の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 皮膚疾患() <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()					
年金等の種別	国民・厚生・共済・障害・遺族・生活保護・その他()					

身元引受人

引受人氏名1	フリガナ	男・女	大・昭・平・令	年	月	日(満 歳)
住所	〒 電話() -					
続柄	勤務先					

※入所契約時には身元引受人が2名必要になります。

※入所に関しての連絡は担当ケアマネジャーを通してご相談させていただきます。

※提出時は介護保険証の添付をお願いします

※入居の必要がなくなった場合には、必ずご連絡をお願い致します。

※必ず全ての項目に記入をお願いします。裏面もご記入下さい。

※ご記入 いただいた 個人情報 につきましては手続きにのみ使用し、個人情報保護法及び個人情報保護方針に基づき適正な管理を致します。

●受付日 令和 年 月 日 ●受付担当職員()

現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 一人暮らしだが近隣(市内)に家族が居る <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている(病院・老健・特養・ケアハウス・グループホーム・他) (施設(病院)名: _____ 入所(入院)日: _____ 年 月 日)			
介護者の有無	<input type="checkbox"/> 介護者が居ないため <input type="checkbox"/> 介護者が居る 介護者の氏名: _____ 続柄: _____ 介護者の生年月日: _____ 年 月 日(歳) 同居・別居			
入所希望の理由 該当するもの全てを選んで下さい	<input type="checkbox"/> 介護者が居ないため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が子や孫の世話をしている、または他の家族等を介護しているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の病気や障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他(_____) 注:施設(病院)から退所(退院)を求められている場合は、退所した場合の自宅での生活状況を想定してご記入下さい			
身体状況	視力	普通・見えにくい・盲目(眼鏡有・無)	移動	自立・杖歩行・歩行器・車椅子
	聴力	普通・大声なら聞こえる・聞こえない	排泄	自立・トイレ・オムツ(常時・夜のみ)
	言語	普通・家族なら理解できる・困難	失禁	なし・ときどき・しばしばある
	着替え	自立・一部介助が必要・全介助	入浴	自立・一部介助が必要・全介助・清拭
	床ずれ	なし・発赤程度・潰瘍状態	食事	自立・一部介助が必要・全介助
	喫煙	なし・ある(一日 _____ 本程度)		・経管栄養 _____ ・アレルギー(ある・なし)
精神状況	記憶障害	・自分の名前がわからない ・最近の出来事がわからない ・物忘れなど	失見当	自分の部屋がわからない(いつも・時々) 環境が変わるとどこに居るかわからなくなる
	言語理解	出来る・少しは出来る・できない	時間の区別	(昼夜や季節の判断) できる・時々間違ふ・できない
	火の始末	よく忘れる・時々忘れる・ほとんどない		
	攻撃的行動	・他人に暴力をふるまう ・乱暴な振る舞いをする ・攻撃的な言動がある	自傷行為	・自殺を図ったことがあ ・自分の身体を傷つける ・自分の衣類を裂く
	不潔行為	・糞尿をもて遊ぶ ・場所をかまわず放尿・排便をする	不穏興奮	・いつも興奮し大声を出す ・しばしば興奮し騒ぎ立て大声を出す
	徘徊	・屋外をあてもなく歩き回る ・家の中をあても無く歩き回る ・時々部屋の中でうろうろする		
特記事項				