

グループホームつばき 入居申込書

申込日	令和 年 月 日	※受付日	令和 年 月 日
-----	----------	------	----------

申込者（連作先）

住所	〒 _____		
(フリガナ) 氏名		電話番号	()
	続柄 ()	携帯番号	()

グループホームつばきへの入居を下記のとおり申し込みます。

入 居 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)			性 別	男 ・ 女					
	氏 名			住民登録	市・区・町・村					
	現 住 所	〒 _____		TEL ()						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)								
	介護者氏名			続柄			TEL:	()		
	健康保険	種別			年金等・種別					
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) 判定 _____ 級 (度)								
	介護保険証	被保険者番号								
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援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 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日								
	認知症老人の日常生活自立度 : I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M									
	ケアマネジャー	事業所名:		担当者名:						
	現在利用している居宅サービス *1 該当するものをすべて選んでください。 *2 []内に事業所名を記入して下さい。			事業所名						
		<input type="checkbox"/>	訪問介護	(月に 回程度)	[_____]					
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	通所介護	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	その他	(月に 回程度)	[_____]						
	<input type="checkbox"/>	介護老人福祉施設・介護老人保健施設 (現在利用中・過去に利用)		[利用期間:		ヶ月間]				
	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護 (現在利用中・過去に利用)		[利用期間:		ヶ月間]				
	<input type="checkbox"/>	特定施設入所者生活介護 (現在利用中・過去に利用)		[利用期間:		ヶ月間]				

※介護保険被保険者証と健康診断書(いずれも写し)を添付して下さい。なお、健康診断書には「認知症」の診断名が必要です。

生活動作の状況について	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> その他（途中で食べなくなる） 食事の種類： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー												
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （おむつ使用→ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ）（ポータブル使用→ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ） （排泄上の注意事項： ）												
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （入浴上の注意事項： ）												
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （更衣上の注意事項： ）												
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり）												
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが悪い程度 <input type="checkbox"/> 見えない												
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない （特記： ）												
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞き取れない												
入居希望者の状況について	認知機能低下について	1.いつ頃から認知機能の低下（物忘れ等）が見られましたか？ <u>平成・令和</u> 年 月頃から 2.その頃、何か他の病気にかかりましたか？（ 3.認知機能低下の状況について <input type="checkbox"/> 時々認知機能の低下が見られるが、日常生活はほぼ自分でできている。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、家族等が支援すればなんとか自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、ときどき介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常時家族の目が離せず介護を必要とする。 4.認知機能低下による精神・行動障害について（ <u>○：常時</u> <u>△：時々</u> <u>×ない</u> ） <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 衣類を破る <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 一人で外出する <input type="checkbox"/> 独り言がある <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 落ち着きない 5.現在、他に特記事項としてお困りになっている行動や行為についてご記入願います。 （ ）												
	医療的処置など	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬を服用 <input type="checkbox"/> その他（ ） （現在治療中の病気又は過去の病気） <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">病 名</th> <th style="width:33%;">入院・通院の病院名</th> <th style="width:33%;">入院や通院の期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ～ 年 月</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>年 月 ～ 年 月</td> </tr> </tbody> </table> 感染症の有無：結核の既往歴（有・無） 肺炎の既往歴（有・無） 皮膚疾患（有・無） <input type="checkbox"/> 内服薬		病 名	入院・通院の病院名	入院や通院の期間			年 月 ～ 年 月			年 月 ～ 年 月		
病 名	入院・通院の病院名	入院や通院の期間												
		年 月 ～ 年 月												
		年 月 ～ 年 月												
		年 月 ～ 年 月												
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要になったときに入所したい（ 年 月頃）												
	他施設の申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる（ ）												

※本申込書に記載した事項が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の施設に入所された場合は必ず連絡をして下さい。