



## グループホームご利用申込書

お申込者	ふりがな		続柄		電話 ( )	—
	氏名				携帯 ( )	—
	住所	〒				

入居希望者の状況	ふりがな		生年月日	明治	大正	昭和		
	氏名			年	月	日	( 歳)	
	住所	〒		電話番号 ( )		—		
	介護保険	<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 <input type="checkbox"/> 申請中						
		被保険者番号				保険者 (市町村名)		
		認定期間	年	月	日	～	年	月
	健康保険	種別			種類			
		記号番号			障害者手帳	判定		
	収入状況	年金等 (種別)						
		1ヶ月の利用負担金の上限 (本人の収入を施設利用料が上回る場合には、家族の援助含む)			(月額)	万円までなら負担可能		
	認知症診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 (FTD) <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	診断を受けた医療機関				診断時期	年 月 頃		
	認知症の症状	<input type="checkbox"/> 幻視・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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	現況 (在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している						
<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用デイサービス名 ( ) 回/週								
ヘルパー ( ) 回/週 ショートステイ施設名 ( ) 回/月 <input type="checkbox"/> なし								
小規模多機能事業所名 ( ) ・ 通い 回/週 ・ 訪問 回/週 ・ 宿泊 回/週								
居宅介護支援事業所名 ( )								
現況 (施設・病院等)	担当ケアマネジャー			連絡先	( ) —			
	施設又は病院名			入所又は入院時期	年 月 日～			
	相談員等			連絡先	( ) —			

現況 (医療の状況)	医療機関名		科	医師名	
	医療機関名		科	医師名	
	医療機関名		科	医師名	
	現病名 ( )				
	病歴 ( )				
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある				
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> トミ使用	有・無
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 便秘薬	有・無
	洗身	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴の頻度 ( 回/週)    浴槽のまたぎ (可・不可)		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠・不眠・ベッド・布団	<input type="checkbox"/> 眠剤    有・無

入居希望状況	申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請 (施設名：)
	申し込みのきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院等の紹介 <input type="checkbox"/> 知人のすすめ <input type="checkbox"/> 施設見学をして <input type="checkbox"/> その他 ( )
生活歴	その他の具体的な状況 (経済的状況、介護サービス利用開始時期・きっかけ、利用していた事業所等、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性、ご本人、ご家族の希望・要望)	
個人情報取得・提供の同意	生まれ、育ち、生年月日、兄弟関係、最終学歴、職歴、結婚・子供の有無、死別時期などの生活歴や趣味、嗜好、特技、性格等どのような生活をされていたのか、記入してください (別紙添付可能)	
個人情報取得・提供の同意	<p>入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため、関係市町村から要請があった場合の情報提供、又は迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有および提供することに同意します。</p> <p>なお、入居申込後に入居希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。</p>	
	<p style="text-align: right;">入居希望者 氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">家族等 氏名 _____ 印</p>	