

地域密着認知症対応型共同生活介護事業所グループホームやすらぎ入所申込書

申込日 令和 年 月 日

グループホームやすらぎ 所長 殿

申込者
ご本人
ご家族
代理人

住 所	〒		
フリガナ		本人との続柄	
氏 名		印	
電話番号	()		
携帯電話	()		

次の者が貴施設に入所したいので申し込みます。

フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人氏名					生年月日	年 月 日			
住 所	〒				電話番号	()			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 上記以外	住所	〒					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)				保険者				紫波町
	要介護度				<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				平・令 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
介護者の状況	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		
	氏名				生年月日	年 月 日		年齢 歳	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所)						
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)						<input type="checkbox"/> なし	
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない							
入所申請理由									
現在の所在	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している								
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所(入居)している								
	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている								
	<input type="checkbox"/> その他()								
指定居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(福祉用具貸与を除く)				<input type="checkbox"/> 利用していない				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所								
	<input type="checkbox"/> その他()								
	上記サービスの週当たりの利用日数				<input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日				
病院、介護保険施設等への入院(入所)の状況	病院名施設名	電話番号			入院等の時期(平成・令和 年 月頃)				
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている			<input type="checkbox"/> 退院(所)したい(<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	特記事項								
医療的処置の状況	現病名や既往歴								
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴							
	感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明							
	特記事項								

ADL等	食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 () (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 () (おむつ使用) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ ()			
	入浴	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ()			
	更衣	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ()			
	移動	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 () (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			
	その他				
認知症の状況	行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 弄便 <input type="checkbox"/> その他()			
	具体的記載				
	<input type="checkbox"/> 自らの認知を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、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、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする				
入所希望者の意向 (入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者がグループホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない、又は確認出来ない <input type="checkbox"/> その他()				
参考事項	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー	
	他の施設への申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	
		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申し込む			
	入所時期の希望		<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい		
	健康保険種別			年金種別	約 万円/年
障害者手帳の有無	有 (種 級) 無				

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。