

グループホーム入所申込書

グループホームやすらぎ 管理者 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	フリガナ氏名		特記事項 (施設が記入)
	住所		
	電話	() -	

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□印をつける

フリガナ氏名	男・女	保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	要介護度	未認定・1・2・3・4・5
住所	〒 - 電話 () -		
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他施設 (老健・療養型・福祉施設) に入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> 現在入院中 (病院名: 時期: 年 月)		
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない (一人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する人が (高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護) で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の (身体的・精神的) 負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期 (年 月) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用している		
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 (床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病気など (主治医: 医療機関:)		
申込希望	<input type="checkbox"/> 他施設に申し込む <input type="checkbox"/> この施設のみ申込 ・すでに申し込み済み () () ・これから申し込む () ()		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入下さい

フリガナ氏名		続柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

同意書	福井県または市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。		
	平成	年	月 日 氏名: (印)

※申し込みの際には、被保険者証の写し、直近3か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。

様式 2

身体障害者手張	<input type="checkbox"/> 有 (種 級 : 交付日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 : 障害名 ()					
収入状況	<input type="checkbox"/> 年金 (種類 : 年間支給額)					
	<input type="checkbox"/> 恩給 (年間支給額)					
	<input type="checkbox"/> その他の収入					
相談者保証人	フリガナ氏名				生年月日	年 月 日 (歳)
					続柄	
住所	〒 -					
主連絡者氏名	フリガナ氏名				電話	() -
					携帯	- -
家族構成及び連絡先	主	氏名	年齢	同居・別居	勤務先	連絡先
(注) ①全ての介護者・全ての世帯構成員について記入下さい。 ②主の欄は、主たる介護者について○を記入下さい。 ③施設入所または病院入院している方は入所(入院)直前の状況を記入下さい。						
<家族構成図>					<備考>	
家族の心配事						
入所についての本人の意思						
入所についての家族の意思	※ 看取り希望 : <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関					

入所希望者の状況

入所希望者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	眼鏡使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有（上肢：左・右・両） （下肢：左・右・両） <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有（右：肩・肘・股・膝） （左：肩・肘・股・膝） <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		移動	<input type="checkbox"/> 歩行（自力・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 車椅（自立・一部介助・全介助） 移乗（自立・一部介助・全介助）
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 否定的
	< 備考 > ※介護の際かかることをお書き下さい。				
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴行・暴言 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 妄想			<input type="checkbox"/> 睡眠障害（昼夜逆転等） <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
病歴	※現在行なっている治療等もお書き下さい。				
生活	○最近の生活状況				
	○生活歴（生まれ、仕事、結婚等）				

※「担当ケアマネージャー作成のフェイスシート・サマリ等、現状の解る資料の写しが有れば「様式3」不要です。

担当ケアマネージャー等の意見

フリガナ 氏名		事業所名	電話 ()	—
特別養護老人ホームに入所する必要性などについて意見を記入してください。				
認知症老人の日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
障害老人の日常生活自立度	正常 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			

※サマリ、フェイスシート等の状態の確認できる資料を添付する場合は、上記の記入は不要です。