

グループホーム入所申込書

NO.1

申込者氏名	(フリガナ)	続柄	連絡先①
			連絡先②
現住所	(〒 -)		

入所希望者

フリガナ					生年月日	大正 昭和	年 月 日
氏名		男・女	続柄				
住所	(〒 -)						
介護保険	保険者番号	被保険者番号					
	要介護度	要支援2・要介護 1・2・3・4・5					
	要介護認定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで					
医療保険	種別	記号・番号					
年金	種別	(月額 円程度)					
障がい者手帳	有・無	(等級)	級	種	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
		(種別)	生活保護			有・無	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている						
※自宅以外に居住している場合に記入	施設・病院の名称				所在地	〒(-)	
	入所又は入院期間				電話番号		
入所申込理由							
本人の意思	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難						
認知症の症状	認知症の診断(無・有) 最初の診断日()						
理解力	<input type="checkbox"/> よくわかる <input type="checkbox"/> 少しわからない時がある <input type="checkbox"/> わからない時が多い <input type="checkbox"/> 全く理解できない <input type="checkbox"/> その他()						
対人関係	<input type="checkbox"/> 集団生活ができる <input type="checkbox"/> 誰とでも気さくに話しができる <input type="checkbox"/> 人見知りをする <input type="checkbox"/> にぎやかな場所が好き <input type="checkbox"/> 一人であるのが苦にならない						
行動	<input type="checkbox"/> 部屋の掃除ができる <input type="checkbox"/> 簡単な炊事ができる <input type="checkbox"/> 目的もなく歩きまわることがある(外へ出る) <input type="checkbox"/> 食べ物以外でも口に入れてしまう <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける <input type="checkbox"/> 他人に暴力をふるう <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> その他()						

受付日 平成 年 月 日 受付者名()

		氏名	
ケアプラン依頼事業所	担当ケアマネジャー		
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハ		
	<input type="checkbox"/> その他(
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう		
	治療中の病気	年 月～	既往歴 年 月頃
		年 月～	年 月頃
		年 月～	年 月頃
		年 月～	年 月頃
		年 月～	年 月頃
	かかりつけ医	電話番号 ()	
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる		
	他の施設名	()
	他の施設名	()
	他の施設名	()
御家族からみた御本人の日常生活の状態と、入所後のグループホームへの御希望等あればお書き下さい。			
申請年月日 平成 年 月 日			
申請者 _____ 印			

申し込みに必要な書類(複写で結構です)

(介護保険)被保険者証

(介護保険)認定調査票

(介護保険)医師意見書

氏名	被保険者番号	
	保険者(番号)	

記入日 平成 年 月 日

事業所名		電話番号	
記入者名		職種	

入居希望者の状況をお知らせ下さい。

<p>【本人の心身の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 常時の介護に見守りが必要である</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症を原因とする昼夜逆転、徘徊がある</p> <p><input type="checkbox"/> 部屋の清掃ができる</p> <p><input type="checkbox"/> 簡単な炊事ができる</p> <p>【意思疎通】</p> <p><input type="checkbox"/> 慣れた人でも意思疎通は難しい</p> <p><input type="checkbox"/> 家族など慣れた人には問題ない</p> <p><input type="checkbox"/> 特に問題ない</p> <p>【介護者の状況】</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が全くない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者はいるが十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 同居の介護者がいる</p>	<p>【在宅生活継続の可能性】</p> <p><input type="checkbox"/> 十分なケア(ナイトケア等)が受けられない</p> <p><input type="checkbox"/> 近くに在宅サービス事業者がなく利用が困難</p> <p>【住環境】</p> <p><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用に必要な住環境に支障がある</p> <p>【参考項目】</p> <p>・家族の負担感</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用しているが介護疲れがある</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用にて順調</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用ないが順調</p> <p>・入所について</p> <p><input type="checkbox"/> 強く拒否している</p> <p><input type="checkbox"/> 意思確認が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 同意している</p>
--	--

【特記事項】

