

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）入居申込書

申込者氏名： _____ 続柄（ _____ ）

住 所： _____

電話（自宅）： _____

電話（携帯）： _____

- ☐ グループホーム すずの家
☐ グループホーム すずの家 さがみはら への入居を申し込みます。
☐ グループホーム すずの家 さま

利 用 者	被保険者番号											
	認定有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	認定結果	要支援2、要介護 1・2・3・4・5								
	氏 名・性 別	男・女		生年月日	M・T・S 年 月 日（満 歳）							
	住 所	〒 - - TEL (- -), FAX (- -)										
身 体 の 状 況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り（むせる・むせない） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （主食） <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 排泄介助の拒否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し 日中 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 失禁用パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> おむつ 夜間 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 失禁用パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> おむつ 尿意・便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し									
			入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 入浴介助の拒否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し									
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助											
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす										
		視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない										
	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"/> ほとんど聞こえない											
	認 知 症 の 状 況	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"/> レビー小体認知症 <input type="checkbox"/> その他 具体的な症状 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為										
		<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、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みられるが、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みられ、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みられ、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みられ、専門的医療を必要とする										
		生 活 歴	出身地									
職業歴												
好きな食べ物												
嫌いな食べ物												
趣味・特技												
(現在治療中の病気)												

医療情報	病名	入院・通院病院	期間
			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
			年 月～
	内服薬		
	(既往歴)		
アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無し			
状況現在のサービス利用	<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、サービス付高齢者住宅に入所している		
	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている		
	施設、病院に入所（入院）している場合		
	施設名または病院名 _____		
	入所又は入院期間 年 月 日～		
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護			
<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			

家族構成 ◎☐ = 本人 ○ = 女性 ☐ = 男性 ●■ = 死亡 ※同居人は点線で囲む
ご本人の兄妹、配偶者、子供、子の配偶者、孫までご記入ください

家族構成図

身元引受人、身元引受人以外の連絡先について

※身元引受人については、入居契約や入居後の様々な事に対応していただける方をご記入ください。

身元引受人		年齢		続柄	
住所		電話番号			
職業					
勤務先		電話番号			

緊急時身元引受人と連絡が取れない時の連絡先をご記入ください

第2連絡先		年齢		続柄	
住所		電話番号			
職業					
勤務先		電話番号			

第3連絡先		年齢		続柄	
住所		電話番号			
職業					
勤務先		電話番号			

第4連絡先		年齢		続柄	
住所		電話番号			
職業					
勤務先		電話番号			

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 一年くらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入所したい				
収入の状況	年金（国民・厚生・その他）		月額約		円
	家族からの仕送り等・その他の収入(月額)		月額約		円
	生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
担当居宅支援事業所	担当ケアマネージャー	事業所名	TEL		
	氏名				

施設使用欄

受付	受付日	面接日	面接連絡先	結果	結果通知先	その他
			<input type="checkbox"/> 本人	契約	<input type="checkbox"/> 本人	
			<input type="checkbox"/> 申込者	待機	<input type="checkbox"/> 申込者	
			<input type="checkbox"/> その他	辞退	<input type="checkbox"/> その他	

家族構成

◎□ = 本人 ○ = 女性 □ = 男性 ●■ = 死亡

※同居人は点線で囲む

(見本)

ご本人の兄妹、配偶者、子供、子の配偶者、孫までご記入ください

家族構成図 (見本)

