

申込日 令和 年 月 日

グループホーム入居申込書

希望事業所に○印をして下さい。

- ()グループホーム もりの家
()グループホーム 温もりの家

申込者 〒

住 所

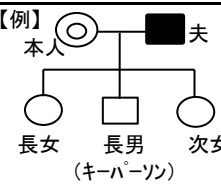
氏 名

印 (入居希望者
との関係)

電 話

携帯電話

ふりがな											生年月日	明 治 年 月 日		
	氏 名											大 正 昭 和 満 歳		
住 所	〒 — 電話番号 — —													
介 護 保 険	☐ 要支援 2		☐ 要介護 1		☐ 要介護 2		☐ 要介護 3		☐ 要介護 4		☐ 要介護 5			
	被保険者番号									保 険 者 (市町村名)				
	認 定 期 間		年 月 日		～		年 月 日		認 定 日		年 月 日			
健 康 保 険	種 別						障害者手帳		種 類					
	記 号 番 号								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	☐ アルツハイマー型認知症 ☐ 脳血管性認知症 ☐ 前頭側頭型認知症(FTD)													
	☐ レビー小体型認知症 ☐ 若年性認知症 ☐ 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 (具体的に)														
現 況 (在宅)	☐ 自宅で一人暮らしをしている ☐ 自宅で夫婦で暮らしている ☐ 自宅で子供と同居している													
	☐ 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) ☐ 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													
	担当ケアマネジャー						連 絡 先		— —					

入居希望者の状況	現況 (施設・病院等)	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	☐ 視力に障害がある ☐ 聴力に障害がある ☐ 言語に障害がある ☐ 手足に障害がある						
	移動	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 他（			
	食事	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 普通食 ☐ 刻み食		トロミ使用	有・無
	排泄	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ オムツ		便秘薬	有・無
	洗身	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		入浴の頻度（回/週）　浴槽のまたぎ（可・不可）			
	更衣	☐ 自分で可 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		睡眠	良眠・不眠・ベッド・布団		眠剤
入居希望状況	申し込み状況	☐ 当施設のみ申請 ☐ 他施設も申請（施設名：					
	申し込みのきっかけ	☐ 病院等の紹介 ☐ 知人のすすめ ☐ 施設見学をして ☐ その他（					
	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）						
生活歴・家族構成	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、性格等どういう生活をされていたのか、ご本人の人となり进行时系列に沿って記入してください(別紙添付可能)						
					家族構成 (申込者ご本人を中心に3世代程度の家族構成)		
					【例】 		
個人情報取得・提供の同意	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高知県及び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。 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。						
	入居希望者氏名				印		
家族等氏名				印			