

グループホーム第六親和園 入所申込書

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性 別	生年月日	明治
申込者氏名		男・女		大正 年 月 日
申込者住所			電話番号	
			現在の住所	
介護保険者 情報	被保険者番号： 保険者： 市・町・村		要介護度：1・2・3・4・5 (○で囲む)	
			負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段階)	
	認定の有効期限：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	負担割合 障害手帳等	割 無・有 (障害名 級)	
担当居宅支援事業所		担当ケアマネージャー		

ふりがな		電話番号	
相談者氏名		緊急連絡先	
		携帯電話	
ふりがな		続柄	
相談者住所			

医療に関する 状況	現在治療中の病気 病名 ()			
	特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の方は下の項目に印をお願いします)			
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	発症日時	病名	治療状況等	医療機関
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
かかりつけの医療機関		担当医		

当施設を希望された理由

入所希望時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい	<input type="checkbox"/> 空きができれば入所したい
	<input type="checkbox"/> 自宅での生活が難しくなれば入所したい	<input type="checkbox"/> 今後の為に申し込みをしとしたい

※裏面もございます

介護に関する状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食物アレルギー 有・無 (好物:) 苦手:)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	オムツの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	衣服 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない
	問題行動 (認知症等)	<input type="checkbox"/> 物忘れ(軽・中・重) <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 大声を上げる <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他 ()

※家族構成

氏名	続柄	年齢	職業	連絡先	居住関係
					同居・非同居

※主たる介護者の状況

氏名:	年齢:	続柄:	
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(週 日 時間程度) 連絡を取りやすい時間帯()		
他に対応を要する家族の有無 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる <input type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる(障害の種類) (級)		
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人がいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者)がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる		

※その他

緊急時搬送希望病院	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (①)	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③)
その他希望事					
()