

グループホームなごみ入所申込書

社会福祉法人 千葉福祉会

グループホームなごみ 所長 殿

入所を希望しますので、下記の通り申し込みます。

申込日	平成 年 月 日
受付日	平成 年 月 日
受付者	

入所希望者	フリガナ											男・女	生年月日	平成 年 月 日					
	氏名											明・大・昭	年	月	日	(歳)			
	住所	〒 -										(TEL)							
	介護保険被保険者番号												要介護度	1	2	3	4	5	
	保険者番号											保険者	市・町						
	認定年月日	平成 年 月 日										認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						

※上記については、入所希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

申込者	住所	〒 -										(TEL) (携帯)							
	フリガナ											入所希望者との関係							
	氏名																		
施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる(予定も含む。) 申し込んでいる(申し込む予定)他施設																		

説明確認欄	私は、入所申込に際して、入所契約までの手続き・入所順位の決定方法について説明を受け、同意致しました。 又、上記内容について、利用サービス事業者に情報提供することに同意致します。																		
	平成 年 月 日										氏名					(印)			
	入所者との続柄 ()																		

入所希望者等の状況

入所希望者名

※ 該当するものに☑のうえ状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている。 病院(介護保険外)・養護老人ホーム・軽費老人ホーム 介護老人福祉施設・介護老人保健施設 介護療養型医療施設・有料老人ホーム・グループホーム 介護保険除外施設・その他 施設又は病院名() 施設等へ入所又は入院した時期(平成 年 月 日から)	
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐにでも入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日頃までには	
入所を希望する理由 (該当するものに複数でもよろしいので選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため(場所:) <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢(才)」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他()	
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他() (現在治療中の病気等、または既往歴) (その他健康状態に関する特記事項)	
認知症等による問題行動 (問題行動の起きる頻度にも☑を付けて下さい)	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 月数回程度	
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 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 普通食
	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	聴 力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> まったく見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえない <input type="checkbox"/> かなり聞こえない <input type="checkbox"/> まったく聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> まったく伝えられない	
在宅サービス利用状況 (月利用率)	<input type="checkbox"/> 訪問介護(訪問ヘルパー) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) 事業者名() <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 品名() <input type="checkbox"/> 住宅改修の状況 その他()	

※医療に関する状況やサービス利用状況は必ずご記入下さい。

主介護者の状況
※主に介護をされている方の状況をご記入下さい。

入所希望者名	
--------	--

介護者の状況	フリガナ		性別	男・女	明・大・昭	続柄
	氏名				年 月 日	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所: _____) 入所希望者宅までの所要時間(_____ 分)				
	就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している(常勤・非常勤・パート 週 _____ 日、週 _____ 時間程度)				
	健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・慢性疾患等で定期的に通院中:病名 _____) ・ 入院していないが継続的な治療を要する:病名 _____) ・ 要入院加療(_____ か月程度・病名 _____)				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害あり(_____ 級・障害の種類: _____) <input type="checkbox"/> なし				
	要介護度	<input type="checkbox"/> あり(要支援1・2・要介護度 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> なし				
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる。(子供の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付き添い)の必要な家族がいる。(自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所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。(_____ 級・種類: _____)				
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない。					

【介護をされていて困っていること、その他特記事項をお書き下さい。】

担当 ケアマネジャー	事業所名
	電話番号
	氏名

家族構成 ※同居していない場合はご連絡先をご記入下さい。

続柄	氏名	生 年 月 日	備 考(就労状況、連絡先等)
入所希望者		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
		明・大・昭・平 年 月 日	