

# 入所・入居申込書

グループホーム  
(稲口・田原・栄町)

小規模多機能型  
居宅介護施設

ケアハウス桜

※申込される所に○を付けてください。

対象者の状況等	ふりがな氏名					受付番号						
	住所	〒				受付日時	年	月	日	時	分	
	TEL											
	生年月日	M・T・S	年	月	日	男・女	対応職員					
	被保険者番号					保険者						
	要介護度	要介護 ・ 申請中				認定の有効期間	年	月	日から	年	月	日まで
	主治医	病院		科	Dr	受診頻度						
	現病・既往歴・入院歴					家族構成						
	認知症の有無	有 ・ 無										
	現在の居場所(待機場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中( ) <input type="checkbox"/> 老人保健施設( ) <input type="checkbox"/> グループホーム( ) <input type="checkbox"/> その他( )				世帯類型	1. 一人暮らし(独居) 2. 介護が困難な家族と同居 3. 介護が可能な家族と同居 4. その他					
本人の収入(年金等)	国民 ・ 厚生 ・ 障害 ・ その他( ) 月に約				万円程度							
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス ( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ ( ) <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> サービスなし ( )											
連絡先(申込者には番号に○)	ふりがな氏名	性別	年齢	続柄	住所連絡先	職業(勤務先名)	身元引受人					
	1				TEL							
	2				TEL							
3					TEL							
入所希望時期	1. 今すぐ      2. 6ヶ月以内      3. 1年以内      4. とりあえず申し込んだ											
居宅介護支援事業所					介護支援専門員氏名							

↑ 申込者記入欄  
 ↓ 申込者記入欄  
 ↑ 施設職員にて聞き取り記入欄  
 ↓ 施設職員にて聞き取り記入欄  
 ↑ 申込者記入欄  
 ↓ 申込者記入欄

↑ 居宅事業所等にて記入の際は受付日時・受付番号・対応職員以外全て記入をお願いします  
 ↓

※直接ご家族の申込ではなく、ケアマネージャーにて申込み・持参された場合には右に○を付けて下さい。

		身体状況等	備考欄
歩行 (移動方法)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用し自立 <input type="checkbox"/> 杖使用しているが見守り必要 <input type="checkbox"/> シルバーカーにて自立 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用で見守り必要 <input type="checkbox"/> 車椅子使用だが自操可能 <input type="checkbox"/> 車椅子使用で介助必要 <input type="checkbox"/> その他( )		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自己にて行かれるが見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助必要(立位介助やトイレ誘導等) <input type="checkbox"/> 全介助必要(オムツ使用等)		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立だが見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔)		
コミュニケーション (意志疎通)	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なく十分に可能 <input type="checkbox"/> 大体できるが多少日常生活に支障をきたしている。 <input type="checkbox"/> 基本的な欲求のみであれば可能 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難		
認知症行動等	行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> その他	
	精神障害	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他	
申込み理由 家族の援助状況			
申込み以外の入所系サービス利用の可否 ※可能な所に○を付けてください。		<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> なし	

回	施設長	事務長	部長	稲口管理者	田原管理者	栄町管理者	ケアハウス 相談員
覧							