

グループホーム庄の里^{やわ}「和らぎの家」入居申込書

ふりがな	申込日	令和	年	月	日
申込者氏名	入居者とのご関係				
連絡先	〒	電 話 ()	-		
		携帯電話 ()	-		

ふりがな	性 別	生年月日	大正・昭和
入所希望者氏名	男・女	年 月 日生 (才)	
連絡先	〒	電 話 ()	-
		携帯電話 ()	-

介護度区分	未申請・申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5				
保険者名	倉敷市	被保険者番号			
認定期間	平成・令和	年	月	日から	
	平成・令和	年	月	日まで	

担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (担当者氏名:) (事業所名:) (電話番号:)
-----------	---

生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす(老夫婦など) <input type="checkbox"/> 施設に入所中(老人保健施設・有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・その他) (施設名:) <input type="checkbox"/> 入院中(医療機関名: 時期:平成・令和 年 月頃入院) (病名:) ※退院、退所後に在宅での介護が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
-----	---

介 護	介護者は <input type="checkbox"/> いる(年齢: 才/性別:男・女/続柄:) <input type="checkbox"/> いない 介護者は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> その他() 介護を始めた時期: 年 月頃から
-----	---

身体状況	移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 寝たきり 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オシメ 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(レビン・胃ろう・その他)
------	---

住 宅	介護する上で、住宅に問題が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ◎「あり」の方はご記入下さい <input type="checkbox"/> 自分専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 2階以上に住んでいて、エレベーターがない <input type="checkbox"/> その他(具体的に)
-----	--

認 知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 意欲なし <input type="checkbox"/> その他()
-----	--

頻 度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度
-----	---

医 療	<input type="checkbox"/> 主な既往歴 <input type="checkbox"/> 現病名 <input type="checkbox"/> かかりつけ病院() <input type="checkbox"/> 入院指定先
-----	--

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 未定
--------	--

◎介護上の悩みや困っていることなどをご記入下さい。
 (例) 認知症による問題行動、在宅サービスの利用が思うようにいかない、介護疲れ、将来の不安等

特記事項

同意書	私は入所に関する方法や手続きについて説明を受けました。また、県または市町村から要請があった場合、この入所申込書の内容を情報提供することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____ 印
-----	---

※申込の際には、介護保険証等(身体障害者手帳がある場合)の写しを添付して下さい。
 ※要介護度の変更、連絡先の変更、申込終了(移転、他の施設に入所、死亡)等がありましたら、随時ご連絡下さい。

◀施設が記入▶

◎認知症高齢者の日常生活自立度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
◎介護保険証の添付 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
◎緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由:)

受付担当氏名		受付方法	来訪・郵送・CMより・その他()
--------	--	------	-------------------