

ケアプラザ 倶楽部 雪月花 グループホーム蓬萊 入居申し込み書

申込者連絡先	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号			

処理状況欄	申し込み日	
	受付日	
	担当者名	

手続きに必要なもの	
	介護保険証
	後期高齢者医療証

本人の状況	フリガナ		性別	
	氏名			
	現住所			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月

本人の状況	介護保険	保険者			
		被保険者番号			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日			
	認知症と確認できるもの	<input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 介護認定審査会資料 <input type="checkbox"/> その他()			
	年金等	厚生年金・国民年金・その他()/年収 万円・生活保護			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		手帳の種類	(障害名)		
		判定	級(度)	年	月 日
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護(年 月から) <input type="checkbox"/> 施設介護(年 月入所)			
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている			
		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム		<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	
		<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム		<input type="checkbox"/> 病院	
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	
		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設		<input type="checkbox"/> グループホーム	
	<input type="checkbox"/> その他				
	施設名または病院名				
	入所または入院期間 年 月 日~(年 月)				
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	種類; <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	おむつの使用; <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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	歩行: <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
認知症・精神の症状	認知症高齢者の日常生活自立度				
	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクII <input type="checkbox"/> ランクIIa <input type="checkbox"/> ランクIIb <input type="checkbox"/> ランクIII <input type="checkbox"/> ランクIIIa <input type="checkbox"/> ランクIIIb <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM				
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動があるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。				

本人の状況	医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法(人工呼吸器等) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> 透析が必要 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病名 受診している医療機関
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認出来ない <input type="checkbox"/> その他()
	入居を希望する理由

その他	フリガナ		性別	
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他()		
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所: 電話:		
	就労状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 4~7時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 高齢者等で就労不可能		
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい		
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる ()			
居宅介護支援事業所の利用状況	事業所名: 電話: 担当ケアマネージャー:			

備考	入居申し込み書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入居の判断において特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。
----	---

○説明確認欄

私は、入居の申込に際し、入居申込から入居契約までの手続き等について、施設から説明を受けました。		
平成 年 月 日	氏名	印
	(署名代理人)	印)

○個人情報提供同意欄

グループホームの入居の円滑化に資するため、入居の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。		
平成 年 月 日	氏名	印
	(署名代理人)	印)

注) 介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。