

高齢者グループホーム たんぽぽの郷 入居申込書

申込日 平成 年 月 日

グループホーム たんぽぽの郷に入居したいので、次のとおり申し込みます。

※口の箇所はレ点チェックをお願いします。

○本人の状況

記入日	平成 年 月 日	被保険者番号(10桁)							
(フリガナ)		性別	要介護度	要支援2	要介護 1	2	3	4	5
氏名		男・女	要介護 認定期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで	
生年月日	大・昭 年 月 日		担当介護 支援専門員 氏名	事業所名					
			氏名						
現住所	〒								
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている ※『施設や病院に入っている方』は、以下を記入して下さい。 ・施設名または病院名 _____ ・所在地(市区町村のみ) _____ ・入所または入院時期 : 平成 年 月 日から、入所・入院している。								
入居を 希望する 理由	≪該当するものすべてを選んでください。≫ <input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担があるため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他()								
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他()								
医療に関する 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気】								
認知症に 関する状 況	認知症の診断名								
	病院名		主治医						
	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話を作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で外へ出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない								

→裏面へ

日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車椅子	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(全て・部分)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> その他()	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
		<input type="checkbox"/> 咽込みあり <input type="checkbox"/> 咽込みなし	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにく <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない
	性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> その他()		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる <input type="checkbox"/> 今後他の施設も申し込む予定 ・すでに申し込んでいる他の施設名 [] [] ・今後申し込む予定の他の施設名 [] []			

○主たる介護者

(フリガナ)		性別	本人との関係	
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:			
【介護をしているうえで困っていること等】				

○申込者(連絡先)※今後、この連絡先に連絡させていただきます。

氏名	
住所	〒 -
電話	①(自宅・携帯) ②(自宅・携帯)

今後、グループホームたんぽぽの郷への入居を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて、行政機関(保険者である稲城市)に報告すること、および入居判定委員会で個人情報を使用することに意義なく同意します。

平成 年 月 日

本人または申込者の氏名 _____ 印

施設記入欄	受付番号 : 受付日 : 受付者 :
-------	--------------------------