

社会福祉法人つくし会 グループホーム入所申込書

入所希望施設	つくしの里 ・ ゆいとり ・ ほっとスマイル
--------	------------------------

申込日 平成 年 月 日
 【受付施設： つ ・ ゆ ・ ほ 】
 【 受付者 : 】

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	
ご本人の氏名			生年月日	明・大・昭	年	月 日	
本人の現住所	① 〒 -		電話番号	()			
郵便等の送付先	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> その他	住所	〒 -				
主な生活の場所	在宅・病院	病院・施設名等	入院等の時期(平成 年 月頃～)				
	施設・その他	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい(□病気が治った □金銭負担が重い)					
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)					保険者	
	要 介 護 度	<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	平成 年 月 日 ～ 年 月 日					
指定居宅サービスの利用状況	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー			
	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない						
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(/週)						
	<input type="checkbox"/> 通所介護(/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(/週) <input type="checkbox"/> 短期入所()						
その他証書	健康保険種別	後期高齢・その他()	年金種別	国民・厚生・共済・その他()			
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類: (種 級)						

申 込 者	ふりがな			続 柄	
	氏名			連絡先	
	住 所	② 〒 -			
介護者・家族 申込者の状況	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続 柄	
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年 月 日(年齢: 歳)	
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所)			
	疾 病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度)			<input type="checkbox"/> なし
	就 労	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務(□常勤 □パート等) <input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 働いていない(□介護に専念 □高齢 □健康不安 □その他())				
	詳細説明(申込理由・家族状況等)				

※「介護保険被保険者証」をご持参のうえ当施設へ提出して下さい。

医療的処置の状況	医療的処置	有・無	必要な処置:
	現病名や既往歴		

ADL	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 【食事形態】 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み 【義歯の状況】 <input type="checkbox"/> 利用していない(必要なし・紛失) <input type="checkbox"/> あり(上・下・部分入れ歯)
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <small>【フォーマルトイレの使用】</small> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【オムツ使用】 (頻度) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取パッド (頻度) <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【浴槽の形態】 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 不明
	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 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	更 衣	<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	メガネの使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	聴 力	補聴器の使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	会 話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 器具(筆談等も含む)を使用すればできる
	習 慣	

認知症の診断	診断あり • 診断なし ※診断のない方は、入所できません
認知症状	1, 物を盗られたなどと被害的になる(実際は盗られていない物を盗られたと訴えること) 2, 作話(事実とは異なる話をする事) 3, 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる(悲しみや不安により涙ぐむ等) 4, 昼夜の逆転がある(夜間に何度も目覚め、疲労や眠気があり日中に活動できない) 5, しつこく同じ話をする 6, 大声を出す 7, 介護に抵抗する 8, 「家に帰る」等と落ち着きがない・あてもなく歩く(徘徊など) 9, 一人で外に出たがり目が離せない 10, いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる 11, 物を壊したり、無断で持ってくる 12, ひどい物忘れ 13, 意味もなく独り言や独り笑いをする 14, 自分勝手な行動をする 15, 話がまとまらず、会話にならない 16, 自傷・他害の恐れがある 【上記以外に困っている点等】

他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※既に申込んでいる施設名:
入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 今後介護負担が重くなった際に入所したい
特記事項	<input type="checkbox"/> グループホームのショートステイがあるなら利用したい 緊急性 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる