グループホームしづく入居申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の状況 | 独居・高齢者世帯・家族と同居・施設入所中（　　　　　　　　） | | | | 現在の住居 | 持家 ・ 賃貸 |
| 主な疾患名と  既往歴 | 疾患名： | | | | | |
| 既往歴： | | | | | |
| 認知症の診断  ※申し込みには認知症の診断が必要です | 診断名  アルツハイマー型認知症　・　脳血管性認知症  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | 診断日　：　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 診断医療機関　： | | |
| かかりつけ医 | 病院　　　　　　　　　　　　科 | | | | | |
| 身障手帳 | なし　・　あり（部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 入居希望時期 | 空き次第　・　3ヵ月後程度　・　半年程度　・　1年以内　・　時期未定も申込希望 | | | | | |
| 待機状況の連絡 | 本人　　・　家族　・　その他（関係：　　　　　　　連絡先　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 要介護度 | 自立 ・ 申請中 ・ 要支援１ ・ 要支援２ ・ 要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５ | | | | | |
| 介護保険  被保険者番号 |  | 負担割合　　　割 | 認定有効期間 | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで | |
| サービス  利用状況 | □ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ　□ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ　□ﾃﾞｲｹｱ　□ｼｮｰﾄｽﾃｲ　□訪問看護　□福祉用具　□その他（　　　　　　　） | | | | | |
| 居宅支援事業所（　　　　　　　　　　　　）　担当ケアマネジャー名（　　　　　　　　　　　） | | | | | |

受付日　令和　　 年　　 月　　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | M・T・S  　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒　　　－ | | | 電話番号 |  |

入居希望者

【基本情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADL | 食事 | 自立  見守り  一部介助  全介助 | 排泄 | 自立　　　　トイレ  見守り　　　尿器  一部介助　　Pトイレ  全介助　　　パット・オムツ | 入浴 | 自立  見守り  一部介助  全介助 | 着脱 | 自立  見守り  一部介助  全介助 |
| 整容 | 自立  見守り  一部介助  全介助 | 移動 | 歩行（　　　　　　　　　）  立ち上がり（　　　　　　）  座位（　　　　　　　　　）  移動（　　　　　　　　　） | 認知 | 環境・伝達　　できる　　時々可　　できない  意思伝達　　　できる　　時々可　　できない  服薬　　　　　できる　　時々可　　できない  金銭管理　　　できる　　時々可　　できない | | |

入居申し込みにあたり必要な入居希望者の個人情報を、関係介護保険事業者および医療機関への情報提供・情報聴取に同意いたします。また、情報収集等の結果、入居をお断りする場合があることについても予め同意致します。

令和　　　年　　　月　　　日

グループホームしづく

管理者　殿

　入居希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡時連絡先氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡時連絡先住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号