

グループホームたかしずの森 入居申込書

申込日 年 月 日

受付日 年 月 日

グループホームたかしずの森 殿

フリガナ

申込氏名者 印

フリガナ

利用者氏名

次の通り グループホーム入居を申し込みます

生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
現住所	〒 住所				
	Tel 携帯				
要介護認定	要支援2・要介護 () ※介護被保険者証の写しを添付してください				
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
介護保険被保険者番号	保険者名		保険者番号		
	被保険者番号				
居宅介護支援事業所名			介護支援専門員名		
	Tel		Fax		
生活状況	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないで可 <input type="checkbox"/> つかまって可 (杖・その他) <input type="checkbox"/> できない (車いす自走・車いす介助・その他)			
	起立	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手すり等を利用			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (部分入歯・総入歯) 食事形態：主食 () 副食 (常食・軟食・きざみ・流動食)			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助			

生活状況	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（トイレ・ポータブルトイレ・オムツ） お困りのこと（ ）（尿失禁・便失禁）	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助	
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	性格	<input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> しばしばある <input type="checkbox"/> すぐに忘れる	
	理解	<input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> まったくできない	
	認知症 症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻視、妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	1日の 生活	※一日をどのように過ごされていますか？散歩、テレビ等	
	その他介護 上で困って いること		
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 持病あり（病名 ）		
	治療中の病名		
	病院名	主治医名	
	既往歴		
	年月日	病名	病院
身体障害状況	あり・なし	障害の部位	手帳 種 級

生活歴・職歴等	
入居希望の理由	
家族構成	

身元引受人 (後見責任者)	氏名	続柄	職業	年齢
	〒	(TEL	勤務先名)
その他連絡先 (近親者)	住所		携帯	
	氏名	続柄	職業	年齢
	〒	(TEL	勤務先名)
	住所		携帯	
備考 (ホームにご入居にあたって、ご要望などがあれば記入してください)				

※この書類についての個人情報の取り扱いは、法令及び弊社内部規定に基づき適切に管理致します。

※行政から求めがある場合には、この申込情報を提供することもあります。

◆入居のための待機中に、当施設以外の利用が決定した場合、

もしくは要介護度・連絡先介護状況等について変更があった場合速やかにご連絡ください