

ゆめさとグループホーム 入居申込書

| | | | | | | | |
|-------|----------|--|----|-----------------|-----|--|--|
| 申込連絡先 | 令和 年 月 日 | | 続柄 | 受付者 | 所 属 | | |
| | ふりがな | | | | | | |
| | 氏名 | | | ※申込者は記入しないで下さい。 | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| | 電話番号 | | 携帯 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|-----------|---|--|--|
| ふりがな | | 性別 | 住所 本人の | 〒 | | |
| 氏名 | | 男 ・ 女 | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日(満 | TEL | | | | |
| 介護認定対象に○をつけて下さい。 | | 申請中 要支援2 要介護 ① ② ③ ④ ⑤ | | | | |
| 現在の居場所自宅以外に居住している場合 または入院、入所している場合記入 | | | | | | |
| 入居申込理由 | 介護する者がいないため | | | | | |
| | 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため | | | | | |
| | 介護する者が就労していることから(昼間独居となり常時)の十分な介護が困難なため | | | | | |
| | 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護ができないため | | | | | |
| | 介護する者が遠方に居住していることにより十分な介護ができないため | | | | | |
| | 居住環境の事情により十分な介護が困難なため | | | | | |
| | 施設や病院等から退所を求められているが自宅で困難なため | | | | | |
| | 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、経済的に負担が大きいため | | | | | |
| その他() | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|--------------|------------|------------|---------|--------------------|
| 移動 | ・ 自立可 | 食 事 | ・ 自 立 | 視力 | ・ 正 常 ・ 少々難 ・ 不可 |
| | ・ 見守り | | ・ 半介助 | 聴力 | ・ 正 常 ・ 少々難 ・ 不可 |
| | ・ 部分介助 | | ・ 全介助 | 会話 | ・ 正 常 ・ 少々難 ・ 不可 |
| | ・ 全介助 | | ・ 箸 ・ スプーン | 健康状態 | 血圧 |
| 移動方法 | ・ 自 立 | 普通 おかゆ 刻み | 皮膚 | | ・ 特に異常なし |
| | ・ 杖 | ・ 自 立 | 床ずれ | | ・ 無 |
| | ・ 歩行器 | ・ 見守り | 認 知 | | ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 |
| | ・ 老人車 | ・ 部分介助 | | | |
| ・ 車椅子 | ・ 全介助 | | | | |
| 動作 | 起立 ・ 可 ・ 不可 | 着 脱 | ・ 自 立 | 問 題 行 動 | 1 あてもなく歩く |
| | 座位 ・ 可 ・ 不可 | | ・ 見守り | | 2 帰宅願望がある |
| | 寝返り ・ 可 ・ 不可 | | ・ 部分介助 | | 3 暴力 攻撃的になる |
| 排泄状況 | 排 尿 便 | 服 薬 | ・ 全介助 | | 4 物忘れがひどい 軽度 中度 重度 |
| | ・ 自立 ・ 声かけ | | ・ 無 | | 5 異食 不潔行為がある |
| | ・ 誘導 ・ 部分介助 | | ・ 有 () | | 6 昼夜逆転がある |
| | ・ 全介助 | 軟 膏 | ・ 有 ・ 無 | | 7 相手の言うことが理解できない |
| | 便秘 | ・ 有 ・ 無 | 医療機関 | | その他 |
| | リハパン使用 | ・ 有 ・ 無 | 病 歴 | 既往歴 | |
| | オムツ | ・ 有 ・ 無 | | 現 在 | |
| 居宅介護支援事業所 | | 担当ケアマネジャー名 | | | |