

グループホーム常輝の里 入居申込(変更届出)書

新規申込	
変更届出	

受付日	年 月 日	受付者	
郵送・持参 ホーム見学 未・済(/)			

※該当する方をチェックしてください

※グループホーム記入欄

申込者(手続きに来られた方)

フリガナ					
氏名		続柄		電話番号 携帯番号	() ()
住所	〒 ー				

○グループホーム常輝の里に入居したいので申し込みいたします。

入居を希望する方の現在の状況についてご記入ください。

フリガナ		男 ・ 女	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日生 (歳)
住所	〒 ー 電話番号 () 草津市		
介護保険	要支援 2 要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号	
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
負担割合	介護保険 ()割負担	健康保険 ()割負担	
障害者手帳	種類、分類、等級等		
年金等	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	病院・施設の名称 入院・入所期間	年 月 日 から
入居を希望する理由	----- ----- ----- -----		
身体状況等	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 使用具【 杖・老人車・歩行器・その他 () 】 転倒歴【 ない、ほぼない ・ たまにある ・ よくある 】	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 紙オムツ・紙パンツ・パッド・ポータブルトイレ 】 すっきりさわやかサービスの利用 無・有	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 形態 主食：普通・お粥・ペースト / 副食：普通・一口大・刻み・ペースト アレルギー 無・有 () えん下状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> たまに、むせる <input type="checkbox"/> よくむせる トロミ使用 無・有	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや弱視 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 特記事項	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 極度の難聴 特記事項	
	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 時々、眠れない <input type="checkbox"/> 不眠多い 特記事項	

裏面もご記入下さい

医療の状況	既往症					
	医療機関	現在かかっている医療機関(全て)				
	認知症	診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他()			
		診断を受けた医療機関			診断時期	年 月 頃
		主な認知症の症状	自傷行為・せん妄・徘徊・大声・異食・不潔行為・攻撃的行為などの行動・あるいは精神症状がある場合は、その状況や頻度を具体的に記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ介護を要する <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ常に介護を必要としている					
家族状況	氏名	続柄	年齢	同居・別居の別	別居の場合(住所・電話番号)	
				同・別		
				同・別		
				同・別		
				同・別		
身元引受人(保証人)	氏名	続柄	住所	電話番号		
入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月までごろには入居したい					
申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名()					
介護サービス	ケアマネジャー	事業所名			担当者	
	ホームヘルパー	事業所名			頻度・内容	
	デイケア、デイサービス	事業所名			利用曜日	
	ショートステイ	事業所名			頻度・日数	
	訪問看護	事業所名			頻度・内容	
	福祉用具	購入、レンタル、内容				
生活歴(質問に沿ってお答えください)	出身地 ⇒ 過去に熱中されていたもの ⇒ 過去にされていたお仕事・内職など ⇒ 認知症症状が現れた時期 ⇒ 一番信頼されている人物 ⇒ 家族との関係 ⇒ 1日の生活の流れ ⇒ 趣味や娯楽 ⇒ 本人様とのかかわりの中で特に注意されている点 ⇒ グループホームで、どのような生活、暮らし方をご希望ですか ⇒					
同意書	入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者の状況等の情報を、保険者、介護サービス事業所、医療機関及びその他関係機関から、取得・利用することに同意します。また、高齢者施策推進の為、保険者から求めがあった場合の情報提供、ならびに円滑なサービス提供の為、法人内での情報共有について同意します。 なお、申込後に別の施設への入所が決まった場合や、入居希望者の死亡、施設・病院等への入所・入院、その他の理由により、入居の必要がなくなった場合は、なるべく速やかにその旨を連絡します。 <div style="text-align: right;"> 入居希望者 氏名 印 身元引受人 氏名 印 </div>					

※介護保険証(写し)を添付して提出してください。
 ※申込後に本人や介護者の状況などに変更が生じた場合、要介護認定を更新(区分変更含む)した場合には、変更届出書を提出してください。ただし、要介護認定の更新時、要介護度その他申込内容に変更がない場合は、更新後の介護保険証の写しの提出をもって変更届にかえることができます。これらの提出がない場合は、施設が確認の上、申し込みを辞退されたものとみなすことがあります。