

グループホーム天美苑 入居申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

グループホーム 天美苑・天美苑(Ⅱ) 様

(郵便番号 ー)

申込者住所

氏名 (続柄)

電話番号

グループホームに入居したいので、関係書類を添えて申し込みます。

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)		
現住所	郵便番号 ー	電話番号	()		
介護保険被保険者番号					保険者名
要介護認定	<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 年 月 日 ~ 年 月 日				
判定基準	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2			
	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称			担当介護支援専門員	
	Tel.				
医療保険被保険者番号					保険の種類
居宅サービスの 利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () (前月の利用実績 単位) (直近3カ月の平均利用率 %)				
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 (病院) ~入所、入院中 (名称) 年 月 日 ~ [現在治療中の病名]				
過去の入院 (入所)状況	入院 (入所) 先名		年 月 日 ~ 年 月 日		
			(理由)		
	入院 (入所) 先名		年 月 日 ~ 年 月 日		
			(理由)		
他の事業所への 申し込み状況					

入居を希望する理由 (該当する事項全てに記入して下さい)		<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者だけでは、見守りが不十分なため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難であるため (年 月 日頃 退院・退所予定) <input type="checkbox"/> いずれ併設の特養施設への入所を希望する	
入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する	
入居にあたり特に配慮してほしい事項			
日常生活自立度	食 事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> とろみ剤の使用
	排 泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ
	入 浴	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
		状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	動 作 等	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
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自・介)
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
		外出	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない
		身 体 状 況	視力
	聴力		<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	言語		<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思		<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
	麻痺		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	睡眠		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことがある <input type="checkbox"/> 不眠 (睡眠薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
主たる介護者の状況	フリガナ		年 月 日生 (歳)
	氏 名		本人との続柄 ()
	住 所	(〒 -)	Tel.
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

添付書類

○ 介護保険被保険者証 (写)