

社会福祉法人稲泉会  
認知症対応型共同生活介護グループホーム「けーせん」入居申込書

申込日: 令和 年 月 日

グループホーム「けーせん」 所長 様

- ご本人  
申込者  ご家族  
 代理人

住 所	〒	
ふりがな		入居希望者との関係
氏 名		
電 話	( )	
携帯電話	- -	

次の者がグループホーム「けーせん」に入居したいので申し込みます。

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
ご本人の氏名					生年月日	年 月 日		
ご本人の現住所	〒				電話番号	( )		
要介護認定状況	被保険者番号(右詰め)						保険者(市町村名)	
	要介護度	<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						
健康保険	種 別				年 金	種 別		
医療的状況	医療機関					科		
	医療機関					科		
	現病名							
	病歴							
認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症							
認知症の診断を受けた医療機関					診断時期	年 月 頃		
入居希望者の	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らししている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している						
		<input type="checkbox"/> 他施設に入所中(施設名: ) <input type="checkbox"/> 病院に入院中(医療機関名: )						
	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービスを利用している(ただし、福祉用具貸与は除く)					<input type="checkbox"/> 利用していない		
	居宅介護支援事業所名				担当介護支援専門員			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	事業所名 ( 回/週 )						
	<input type="checkbox"/> 通所介護	事業所名 ( 回/週 )						
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	事業所名 ( 回/週 )						

状況	<input type="checkbox"/> 短期入所	事業所名 ( . 回/月 )					
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能	事業所名 ( . 回/週 )					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅 ( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建 )	<input type="checkbox"/> アパート・マンション( 階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室等)					
退院・退所後の 在宅生活	病院名 施設名	電話番号			入院等の時期( 年 月頃 )		
	退院等の 見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている		<input type="checkbox"/> 退院(所)したい ( <input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い )			
	在宅生活 困難理由						
介護者の状況	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	
	氏名			生年月日	年 月 日	年齢	歳
	居住状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居(住所 )				
	疾病	<input type="checkbox"/> あり(具体的な症状や治療の頻度: )					<input type="checkbox"/> なし
	就労	<input type="checkbox"/> 働いている		<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社等勤務( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等 ) <input type="checkbox"/> その他( )			
		<input type="checkbox"/> 働いていない( <input type="checkbox"/> 介護に専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他( ) )					
複数介護	<input type="checkbox"/> 申込者以外の介護や育児あり(具体的に: )					<input type="checkbox"/> なし	
申込状況	他施設への 申込	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込み		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる		<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込む	
		※ 既に申込んでいる施設名:					
	入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入居したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい					
注)介護保険の被保険者証等をご持参の上、施設に提示して下さい。							