

申込日 令和 年 月 日

㈱たまゆら グループホーム入居申込書

※入所申し込み有効期間 申込日より6か月間

(入居選定時詳しい情報の提供をお願いします)

ご希望の施設に○をして下さい。(複数可)

【 】グループホームたまゆら 【 】グループホーム切石 【 】グループホーム下瀬

申込者	ふりがな					性別	入所希望者との関係				
	氏名					男・女					
	住所	〒				自宅電話番号					
						携帯番号					
入居希望者の状況	ふりがな				性別	生年月日					
	氏名				男・女	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)					
	住所	〒			自宅電話番号						
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	負担割合証		介護保険負担限度額認定証	被保険者番号	
	認定期間	年 月 日～		年 月 日		<input type="checkbox"/> 1割		<input type="checkbox"/> 無			
						<input type="checkbox"/> 2割		<input type="checkbox"/> 有			
	食事	食事形態	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助		
			主食:	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み		<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> トロミ			
			副菜:	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み		<input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー		<input type="checkbox"/> トロミ			
			アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		( )		( )			
	禁止食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		( )		( )					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助			
		<input type="checkbox"/> 布パンツ		<input type="checkbox"/> パット使用		<input type="checkbox"/> リハパン		<input type="checkbox"/> オムツ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全部介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助				
	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 杖		<input type="checkbox"/> 歩行器		<input type="checkbox"/> 車椅子				
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや支障		<input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> その他:				
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 補聴器使用		<input type="checkbox"/> その他:				
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> 弱視		<input type="checkbox"/> 全盲		<input type="checkbox"/> その他:				
徘徊	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
帰宅願望	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
異食行為	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
介護抵抗	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
暴言・暴力	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				
不潔行為	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 時々ある		<input type="checkbox"/> 常にある		<input type="checkbox"/> その他:				

入居希望者の状況	居宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> その他サービス				
		・通所サービス利用状況      回/週		・訪問サービス      回/週		
		・その他のサービス				
入所希望者の状況	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン				
		<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他				
		現在治療中の病名:		処置の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		過去の入院時の病名:				
	現在の生活場所・状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 独居世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居世帯				
		<input type="checkbox"/> サ高住・有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 老健入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他				
		各施設病院名:				
本人の入居に対する意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 否定している <input type="checkbox"/> 知らせていない					
	<input type="checkbox"/> 認知力、その他の理由で理解できない <input type="checkbox"/> その他					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐにも <input type="checkbox"/> 年 月頃までに <input type="checkbox"/> 今は申込だけ					
主たる介護者の状況	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)		
	住所	〒		要介護認定の有無	有・無	
				要介護状態区分		
	入居希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他				
		入居希望者との同居有無 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
連絡先	自宅		携帯			
家族等の状況	氏名	住所	続柄	年齢	健康状況	
入居に当って特に配慮してほしい事項						
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 申し込み施設:					
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定施設:					
備考欄						
担当の居宅サービス支援事業所	事業所の名称			担当者		
	TEL					

入所判定、入所待機者の状況把握に必要な場合は居宅介護支援事業所、他の介護保険施設・事業所等から必要な情報を得る事に同意します。

令和 年 月 日 氏名