

申込年月日 年 月 日

いこいの郷 花梨・成瀬 入所申込書

フリガナ

申請者（身元引受人）氏名 (続柄:)

〒

住 所

電話番号 (携帯電話)

グループホームに入居を希望するので、次の通り申込します。

介護保険被保険者番号									
フリガナ								性 別	
入居者氏名								男 ・ 女	
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(歳)				
住 所	〒								
電 話 番 号	()				携帯電話				
要介護状態区分	<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								
認定有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで								
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 診断医療機関名:								
身体状況	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす等使用 <input type="checkbox"/> 歩行困難								
	食事 <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								
	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								
	トイレ <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								
主な精神状態	<<意志の疎通>> <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> その場の会話は成り立つ <input type="checkbox"/> 疎通困難 <<主な認知症の症状>> <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 同じことを繰り返す <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 ()								
医療的処置									
特 記 事 項	<<現在の生活場所>> 在宅・病院・老健・その他 () 病院・施設にしている場合 病院名又は施設名:								
	<<現在利用している介護サービス>> 訪問介護サービス: 週 回程度 デイサービス(ケア): 週 回程度 訪問入浴介護: 週 回程度 短期入所生活介護: 週 回程度								
	担当のケアマネジャー・相談員:								

<< 受付日 >> 令和 年 月 日 受付者

Ⓜ