

(様式1)

入居申込書

社会福祉法人高幡福祉会

グループホーム梅の木 様

申込者 氏

住所

氏名

印 (入居希望者との関係)

電話

携帯電話

入所希望者の状況	ふりがな			生年月日			
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	住所	〒 - 電話 - -					
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5				
		被保険者番号					保険者(市町村)
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	健康保険	種別			障害者手帳	種類	
		記号番号				判定	
	収入状況	年金等	(種別)		(支給年額)		
			(種別)		(支給年額)		
生活保護受給			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
現況(在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している						
	在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり (内容) <input type="checkbox"/> なし						
	<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している						
現況(施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)						
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	施設又は病院名		入所又は入院時期 年 月 頃				
医療の状況	現病名 ()						
	病歴 ()						
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理						
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()						
入所希望者の日常生活状況	障害老人日常生活自立度 : <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある						
	移動...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	食事...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食				
	排泄...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	入浴...	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					

入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある					
	<input type="checkbox"/> 認知症老人日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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					
	直近1カ月以内に認知症による周辺症状があったものにチェックをつけてください					
		A	B	C	D	特記事項(できる限りご記入ください)
	①火の不始末がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
	②徘徊がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
	③介護に対し抵抗がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
	④暴言暴行や大声がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
	⑤摂食異常がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
	⑥不潔行為がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし	
⑦昼夜逆転がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし		
⑧その他の周辺症状がある	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週1～3回	<input type="checkbox"/> 月1～3回	<input type="checkbox"/> なし		
介護関係者	主治医	医療機関名:		主治医氏名:		
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	事業所名:		担当者名:	
連絡先	ふりがな			希望者との関係	生年月日	
	氏名				<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	住所	〒 -				
	電話番号	(自宅)		(携帯)		
入居理由						
個人情報取得・提供の同意	<p>入所判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入所希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入所希望者の情報を提供することに同意します。</p> <p>なお、入所申込後に入所希望者が、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入所の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。</p> <p style="text-align: right;">入所希望者 氏名 印 家族等 氏名 印</p>					

※入所申込受付には、入所申込書・介護保険被保険者証(写)が必要となります。