

グループホーム 太 寿 入 居 申 込 書

申込受付日		年 月 日	受付日	年 月 日	担当者	
入居を希望される方	氏 名	(フリガナ) -----	性別	生年月日	大正 昭和	
			男 女		年 月 日	
	住 所	柏原市		年齢	歳	
電話番号			要介護度	要介護 ( ) ・ 要支援 ( ) ・ 未認定		

申し込みをされる方	氏 名	(フリガナ) -----	入居希望者との関係	
			自宅電話番号	
			携帯電話番号	
住 所	〒 -			

【入居を希望される方の状況】

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名 _____ 年 月～) <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 (病院名 _____ 年 月～)	
ご自宅での 介護サービス 利用状況	居宅介護支援事業所 (ケア) 事業所	在宅介護継続期間
	担当ケアマネージャー	年 月
	【利用中の介護サービス】 ※申し込み前月に利用したサービス状況をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週) 利用事業所名 _____ <input type="checkbox"/> デイサービス ( 回/週) 利用事業所名 _____ <input type="checkbox"/> ショートステイ ( 回/週) 利用事業所名 _____ <input type="checkbox"/> その他	
医療の状況	主治医	医療機関名 _____ 主治医名 _____
	既往歴	疾病名 _____ 発症年月 _____ 年 月頃
		疾病名 _____ 発症年月 _____ 年 月頃
		疾病名 _____ 発症年月 _____ 年 月頃
特別な医療 の状況	※現在受けている処置内容があれば、□に印を入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

☆ **重要!** ご入居契約前の段階で、『健康情報提供書』(別紙)の提出が必要です。

入居希望者の 認知症状況	※具体的な症状や対応で困っていることなど、できるだけ詳しくご記入下さい。
-----------------	--------------------------------------

☆ **重要!** グループホームに入居するには、「認知症あり」と医師から診断を受けていることが必須条件です。

グループホームに 入居を希望される 理由	※入居希望理由と、自宅での対応が困難な要因（家族の健康状態や就労状況等）も併せてご記入下さい。
他の施設への 申し込み状況	<input type="checkbox"/> グループホーム太寿のみに申し込み <input type="checkbox"/> 他のグループホームにも申し込んでいる ⇒ 合計 _____ 箇所 <input type="checkbox"/> 他の施設（特養・有料ホーム等）にも申し込んでいる。⇒合計 _____ 箇所
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（空きがあればすぐにでも） <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月頃までには入居したい <input type="checkbox"/> すぐにではないが、今後の生活が困難になった場合に入居したい。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

【連絡先】 ※基本的には①の方に連絡をとりますが、連絡がつかない場合は②の方に連絡を入れます。

	氏名	続柄	住所	自宅番号	携帯電話番号
①					
②					

### 添付書類

グループホームの申し込みには下記の書類が必要となります。提出がなければ受け付けをすることができませんのでご注意ください。

#### 入居申込時

- ① 介護保険被保険者証のコピー （介護認定内容と柏原市内に住所地があることを確認します。）
- ② 介護保険要介護認定基本調査 （柏原市役所高齢介護課窓口で交付申請をして下さい）
- ③ 『個別状況確認書』（当法人独自の様式。入居希望者の身体や生活状況をお伝えいただくための書類です）

#### 入居選考時（契約前） ④ 『健康情報提供書』

認知症の有無や身体状況について、主治医が記入します。入居に向けて必須の書類ですので、主治医に家族様より依頼して下さい。様式は入居選考前に、こちらから家族様にお渡しします。

※申込時と認定内容や状態に変化がある場合は、①～③を改めて提出願います。

【備考】
------

## 個別状況確認書

★この書類は、入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 【記入者氏名】 \_\_\_\_\_ 【続柄】 \_\_\_\_\_

入居希望者 氏名	(フリガナ) _____	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 ( 歳)
入居希望者住所	柏原市	TEL	
要介護度		市民税課税状況	非課税・課税 生活保護受給 無 有

【本人の状況】

項目	状況 ※該当する内容に○をして下さい	施設への申し送り・現状の介護内容
視力	普通 見えにくい 見えない	
聴力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移動	歩行 杖 歩行器 車椅子	
食事	自立 一部介助 全介助	
嚥下	問題なし やや困難 困難	
入浴場所	自宅で入浴 自宅外で入浴	※頻度 _____ 回/週 ※利用事業所名 _____
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	

排泄場所	トイレ ポータブルトイレ ベッド					
排泄介助	不要 一部介助 全介助					
オムツ類使用	無 有	※ オムツ種類	紙パンツ	尿取りパッド	紙オムツ（テープ止め）	
		※ 使用頻度	外出時のみ	夜間のみ	終日使用	
尿意	無 有	便意	無 有	便秘	無 有	※便秘時の対応方法
認知症	無 有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。				
主治医	[医療機関名]			[担当医師]		
既往歴	【疾病名】		【発症年】		※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記	
			年 月			
			年 月			

【家族連絡先（1 番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話番号		携帯電話	

【家族連絡先（2 番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話番号		携帯電話	

【その他、施設への申し送り】

--