

グループホーム 愛の里にっただ 入所申込書

平成 年 月 日

〒

申込者住所

氏 名

(印)

対象者との続柄

電 話

グループホーム 愛の里にっただ 入所について次のとおり申し込みます。

対 象 者	フリガナ 氏 名						性別 男 ・ 女		
	生年月日 M・T・S 年 月 日 (満 歳)								
	住 所						電話 ()		
	要介護状態区分 1・2・3・4・5				身障手帳 有 ・ 無				
	介護保険証番号								
	申込時居所 在宅・老健()・病院()・その他()								
	要介護状態に 脳内出血・リュウマチ・高血圧症・老衰・事故骨折								
痴呆性老人の		医師	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
		調査員	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M

主たる介 護者	氏 名	続柄	年齢	健康状態	就労の有無
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営
家 族				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営
				優・良・可・不可	無・正職・パート・自営

他施設への申込 申込なし ・ 申込あり()

希望入所の時期 すぐに入所したい・ 年 月頃がいい・特に希望はない

下記の記入は不要です。

※ 尚、申込みの際には、介護保険認定調査票・医師意見書を添付してください。

入所希望の理由	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ひとり暮らしで、日常生活に支障が生じている。 <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のため介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる。 <input type="checkbox"/> 居住環境(アパート・マンション等)の事情により、在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている。 <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である。 <input type="checkbox"/> (その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい))
認知症の症状	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) なし。 <input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状) あり。⇒以下の当てはまる項目に印をつけて下さい。 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 自分でものをしまい無くしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く。 <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある。 <input type="checkbox"/> 奇声を上げる。 <input type="checkbox"/> 大便をいじる。 <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる。 <input type="checkbox"/> その他の症状 (以下にお書き下さい)
身体状況	<p><日常生活> <u>①~④の中から、優先順位の高いものを1つお選び下さい。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ①身の回りのことは大体自分で出来て、1人で隣近所へ外出出来る。 <input type="checkbox"/> ②家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要。 <input type="checkbox"/> ③ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車椅子を使用出来る。(座位が保てる) <input type="checkbox"/> ④1日中ベッド上で過ごし、自分では身動き出来ず、全てに介助が必要。 <p>食事 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる。(はし使用・スプーン等使用) <input type="checkbox"/> 一部介助。 <input type="checkbox"/> 全介助。</p> <p>入浴 <input type="checkbox"/> 自分で入れる。 <input type="checkbox"/> 介助が必要。 <input type="checkbox"/> 機械浴。リフト・特浴</p> <p>排泄 <input type="checkbox"/> 自分で出来る。(トイレ・ポータブル・介助が必要) <input type="checkbox"/> オムツ使用。(昼・夜)</p> <p>歩行 <input type="checkbox"/> 歩行可能・補助具使用。 <input type="checkbox"/> 立位可能。 <input type="checkbox"/> 歩行不可。車椅子。</p> <p><input type="checkbox"/> 目が見えない。 <input type="checkbox"/> 耳が聞こえ難い。 <input type="checkbox"/> 話せない。</p> <p><医療の対応></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう

既往歴 (病歴)	<病家気、事故等のけがの入院歴と病名、最近の健康状況、身体機能の特徴>
感染症	<入所後の通院などございますので、結核、MRSA等の感染症がありましたらご記入下さい> なし
掛付医療機関	病院名
在宅介護状況	<p>ア.在宅における介護期間 ①1年以上 ②1年～6ヶ月 ③6ヶ月未満又は他施設入所中</p> <p>イ.在宅介護の継続性 ①継続困難 ②やや困難 ③現状なら継続できる</p> <p>ウ.在宅サービスの利用状況【限度額の(6割以上・5割以上・3割以上・3割未満)利用】</p> <p>①利用していない ②デイサービス(回/週) ③ショートステイ(日/月)</p> <p>④ヘルパー(回/週) ⑤訪問看護(回/週) ⑥その他()</p>
家族構成図	

—

—

申込内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日 氏名 _____ 印

—