

# グループホーム風の樹 入居申込書

申込日 年 月 日

◎介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の写しを必ず添付してください。

<申込者> (申込書を記入している方) ※当てはまる項目に☑をご記入ください No1

フリガナ 氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 (            ) <input type="checkbox"/> その他 (            )
住所	〒		
	電話 (            )	携帯電話 (            )	
この申込書についての問い合わせ先 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> 入居希望者 <input type="checkbox"/> その他(            )			

<入居希望者> (ご入居を希望される方) ※当てはまる項目に☑をご記入ください

フリガナ 氏名		性別	生年月日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒			
	電話 (            )	携帯電話 (            )		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	被保険者番号		
認定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
介護保険自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	年金等	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他	
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 福祉事務所 担当ケースワーカー (            )			
現況 (本人の居所)	<input type="checkbox"/> 自宅	<入院・入所している場合>		
		病院・施設の名称		
	<input type="checkbox"/> 入院中	入院・入所期間		
		<自宅で生活されている場合>		
	<input type="checkbox"/> 入所中	居宅介護支援事業所名		
担当ケアマネジャー				
<input type="checkbox"/> その他 (            )				
同居の有無	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者のみ <input type="checkbox"/> 配偶者以外にもいる(            )			
介護者等の状況	介護をする方が <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ↓ <「いる」の場合は以下に☑を記入してください> <input type="checkbox"/> 高齢( 歳) <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> その他(            )			
主治医	病院 科 先生	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓	
	病院 科 先生		(種類:            手帳 種 級)	
医師からの診断名				
医療の状況	<以下のうち当てはまるものに☑をご記入ください(複数可)> <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他(            )			

※裏面も忘れずにご記入ください。

認知症診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → ( <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> その他 )
認知症による行動障害	<以下のうち当てはまる症状に☑をご記入ください(複数可)> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 外出したがりが離せない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他( )
身体状況	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※補助用具: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 )
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※おむつ等: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒( <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ )
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <主食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <副食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口サイズ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト ※治療食: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> その他 )
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他( )
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他( )
	言語 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> その他( )
入所を希望する理由	
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる・申し込む予定 ⇒申込(予定)施設名 ( )

<同意欄>

必要がある場合は、この申込書にある内容を、東大和市・高齢者ほっと支援センターへ提供することに同意します。

グループホーム風の樹 管理者殿

年 月 日

入居希望者氏名:

Ⓜ

代筆者氏名:

Ⓜ (続柄: )