指定認知症対応型共同生活介護事業所

及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業所

グループホーム三崎つわぶき荘入居申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊申込番号 |  |  | 申込者 | 氏名 | 印 | 続柄 |  |
| ＊初回申込日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 住所 | 〒 | | |
| ＊今回受付日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 電話 | 携帯： | | |

＊の箇所は、記入しないで下さい。調査項目の該当する□にチェックして下さい。

グループホーム三崎つわぶき荘に入居したいので、次のとおり申し込みます。なお、入居のための待機期間中に、他の施設に入居が決定した場合、又要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合には、速やかに連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | 性別 | | | 男女 | | 生　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 入居希望者  氏 名 | | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | | |
| 住所 | | 〒　　　－  （TEL：　　　　　　　　　　　　　　　）（FAX　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | 要介護度 | 申請中 支　１ ２ ３ ４ ５ |
| 保険者の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日　　～　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当ケアマネージャー | | □　いる（事業所名：　　　　　　　　　　　　）（氏名：　　　　　　　　　　　　　 ）  □　いない | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現況 | | □　自宅で一人暮らし　　　　　　　□　自宅で夫婦二人暮らし  □　自宅で家族と暮らしている　　□　別居だが同一敷地内又は近隣に家族がいる  □　特養などの施設や病院に入っている  　　施設（病院）名：　　　　　　　　　　入所（入院）年月日： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居希望理由  ＊該当する項目を全て選んで下さい | | □　介護者がいないため  □　介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため  □　介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため  □　介護者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難なため  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| お気持ちをお書き下さい | | 【介護をしている上で困っていること等】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入居希望時期 | | □　今すぐ入居したい  □　令和　　　　年　　　　月頃までに入居したい | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込状況 | | □　グループホーム三崎つわぶき荘専願  □　他の施設も申し込んでいる（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入　　　　　　　居　　　　　　者　　　　　　の　　　　　　状　　　　　　況 | 医療の状況 | | | | | 病名（現在治療中の病気等）：  かかりつけ医：  特記事項： | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症による  周辺症状 | | | | | □　徘徊　　　　□　不潔行為　　　□　不穏行動　　　□　火の不始末  □　昼夜逆転　　□　異食行動　　　□　自傷行動　　　□　暴力行為  □　被害妄想　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 頻度 | | | | | □　ほとんど毎日　　　□　週３～４回程度  □　週１～２回程度　　□　月数回程度 | | | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者  日常生活自立度 | | | | | Ⅰ　　　Ⅱa　　　Ⅱｂ　　　Ⅲa　　　Ⅲｂ　　　Ⅳ　　　Ⅴ | | | | | | | | | | | | | |
| 食事摂取 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 排尿 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 排便 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 入浴 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 歩行 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 衣服着脱 | | | | | □　自立　　　　□　見守り　　　　□　一部介助　　　　□　全介助 | | | | | | | | | | | | | |
| 視力 | | | | | * 普通　　　□ 目の前の物は見える　　　□　ほとんど見えない * 見えているのか判断不能 | | | | | | | | | | | | | |
| 聴力 | | | | | □　普通　　　　□ 大きな声がやっと聞こえる　　□　ほとんど聞こえない□　聞こえているのか判断不能 | | | | | | | | | | | | | |
| 意思の伝達 | | | | | □　できる　　　 □　時々できる　　□　ほとんどできない　 □　できない | | | | | | | | | | | | | |

＊申し込みに必要な書類（コピー可）：介護保険被保険者証