



グループホーム南長崎 野の里 入居希望申込書①

平成 年 月 日

申込者(記入者)		入居者との関係	
ご住所	〒		
電話番号	( ) -		
フリガナ		男・女	
ご入居希望者名		歳	生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日生
ご住所	〒		
電話番号	( ) -		

主治医	医療機関名	医師名
介護保険番号	被保険者番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
担当ケアマネージャー	氏名	事業所

現在の状況及び介護サービスの利用状況	在宅	1 ひとり暮らし    2 夫婦のみ(相手の年齢 歳)    3 他に同居者がいる( ) <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回以上) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション(週 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 1回) <input type="checkbox"/> 通所介護/通所リハビリテーション(週 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 1回) (デイサービス/デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護/療養介護(最近3ヶ月の利用日数合計 日) (ショートステイ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (夜間対応型ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (認知症対応型デイサービス) <input type="checkbox"/> その他( )
	施設	<input type="checkbox"/> 特養( <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 経費 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 高齢者グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設(保護施設) <input type="checkbox"/> 障害者入居施設 <input type="checkbox"/> その他( ) ⇒入所・入居中の施設名( )
	病院	入院中の病院名( ) 電話番号( ) - 入院となった理由( ) 入院 平成 年 月~



グループホーム南長崎 野の里 入居希望申込書②

平成 年 月 日

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月までに入所したい
入居を希望する理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退去を求められているが、自宅での介護が困難なため
	<input type="checkbox"/> その他( )

入居希望者の状況				
体の状況	食事	1 自立 ( )	2 一部介助 ( )	3 全介助 ( )
	排泄	1 自立 ( )	2 一部介助 ( )	3 全介助 ( )
	入浴	1 自立 ( )	2 一部介助 ( )	3 全介助 ( )
	脱着衣	1 自立 ( )	2 一部介助 ( )	3 全介助 ( )
	移動	1 自立 [歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ねたきり]	2 一部介助 ( )	3 全介助 ( )
	意思疎通	1 正常 ( )	2 やや難 ( )	3 難 ( )
	視力	1 正常 ( )	2 やや難 ( )	3 難 ( )
	聴力	1 正常 ( )	2 やや難 ( )	3 難 ( )
認知症	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他( ) 発症時期    平成 年 月頃			
ご本人の状況	<p>下記の事項は介護にあたって支障がある場合にチェックをつけて下さい。</p> <input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 放尿・放便がある(失禁除く) <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題となる行為がある ( )			
疾病の状況	現在治療中の病気・今までかかった病気			
	病名	医療機関	治療中	既往症
			年 月～	年頃
			年 月～	年頃
			年 月～	年頃