グループホーム入居申込書

希望	書業所に○	印をして下さい。	申込者〒					
() グループ:	ホームあざみの家 ホーム長様	住 所					
() グループ:	ホーム三つ星日記 ホーム長様	氏 名 印 (入居希望者 との関係					
			電 話		-			
			携帯電話					
	ふりがな			明治 .				
	氏 名		男 生年月日	大正	月 日			
	八			昭和	満歳			
	住 所	〒						
	介護保険	□ 要支援 2 □ 要介護 1 □	□ 要介護 2 □ 要介	護3 □ 要介護4	4 □ 要介護 5			
		被保険者番号		保 険 者 (市町村名)				
		認定期間 年 月	日~ 年 月	日認定日	年 月 日			
		種別		種類				
	健康保険	記号番号		判 定				
	収入状況	年 金 等 (種別)		•				
		1ヶ月の利用負担金の上限 (本人の収入を施設利用料が上回る場合には	、家族の援助含む)	月額) 万円ま	きでなら負担可能			
	認 知 症診 断 名	□ アルツハイマー型認知症 □ 脳血管性認知症 □ 前頭側頭型認知症(FTD)						
		□ レビー小体型認知症 □ 若	年性認知症 □ その	他()			
	診断を受ける	た医療機関	診!	断時期平成	年 月頃			
	認知症の症	기 부						
	に具体的に							
<u>[</u>	現 (在宅)	□自宅で一人暮らしをしている	□自宅で夫婦で暮らし		一供と同居している			
		□在宅サービスの利用 デイサー			• 回/週)			
		ヘルパー(回/週) ショート	 ステイ施設名(• 回/月	月) 口なし			
		小規模多機能事業所名(•通い 回/:	週·訪問 回/週·	宿泊 回/週)			
		居宅介護支援事業所名						
		担当ケアマネシ、ャー	連絡先		_			
		1 1						

入一	現況	施設又は病院名			入所入院			年	月	日	\sim
居	(施設・病院等)	相談員等			連絡	先		_	_		
希		医療機関名				科	医師名				
望者	現 現 (医療の状況)	医療機関名				科	医師名				
自の		医療機関名				科	医師名				
出状		現病名(<u> </u>)
沢沢		病 歴()
72											
日日	移 動 □自分で可 □一部介助 □全介助 □独歩 □杖 □歩行器 □車椅子 □他()										
1常生活状況	食事□自匀	分で可 □一部介	∵助 □全介助	□普通	食 □刻み	み食		トロミ使	: 用	i • :	無
	排泄 □自匀	分で可 □一部介	·助 □全介助	□トイレ	□ポーク	タブル	□オム	ツ便秘	※ 本	i • :	無
	洗身 □自分	分で可 □一部介	·助 □全介助	入浴の	頻度(回/遞	1	曹のまたぎ	(可	· 不	可)
	更 衣 □自匀	分で可 □一部介	·助 □全介助	睡眠	良眠・不	眠・〜	ドッド・布	i団 眠	剤	i • ;	無
	申し込み状況 □当施設のみ申請 □他施設も申請 (施設名:)										
入	申し込みのきっかけ □病院等の紹介 □知人のすすめ □施設見学をして □その他()										
居希	その他の具体的な状況(経済的状況、介護サービス利用開始時期・きっかけ、利用していた事業所等、介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性、ご本人、ご家族の希望・要望)										
望状	ATTICLE TO THE PROPERTY OF A PROPERTY OF A PARTY OF THE SAME AND A										
況											
		生年月日、兄弟関係 いう生活をされてい									Ì
						(申込:		家族構 中心に3世(家族構成	成)
生活						【例】		夫			
歴						5		5			
家 長女 長男 次女 族 (キーハーソン)											
構成											
個人情	村、居宅介護		機関及びその他	関係機関	から、施設	が取得	引用す	ることに同	意しまっ	す。また	<u>ځ</u> ر
報取	根。提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有および提供することに同意します。										
得・		申込後に入居希望 は、速やかにその旨				、院その	の他の理由	自により、ブ	、居の必	要がな	こく
提供の			入居	品希望者	氏名					印	
同音			家	族等	氏名					印	