

認知症対応型グループホーム への 入居申込書

施設長 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏名	備考(施設が記入)
	住所	
	電話	
	続柄	

入居を希望する人、及び、その状況について

ふりがな 氏名	男 女	保険者 介護保険番号	<input type="checkbox"/> 南越前町 <input type="checkbox"/> その他()
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日(歳)	要介護度	1 2 3 4 5
住所		認定期間	年 月 ~ 年 月
在宅状況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす		
待機場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中 (施設・病院名) (年 月から現在まで)		
入居理由 <複数回答可>	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢 虚弱 就労中 育児中 複数介護 要介護状態)で自宅では介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(肉体的 精神的)負担が大きくて自宅では介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する人が(遠距離 入院 障害)等の状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退院を求められているが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください) < >		
介護状況 <在宅時>	自宅で介護を始めた時期 (年 月頃から) 現在、居宅サービスを利用して(いる いない) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 認知症対応共同生活介護(グループホーム) (年 月より) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) (月に 日間程度) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショートステイ) (月に 日間程度) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) 		

経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民年金 厚生年金 共済組合 その他) 1ヶ月 円					
	<input type="checkbox"/> 生活保護 1ヶ月 円					
	<input type="checkbox"/> 仕送り その他 1ヶ月 円					
	<input type="checkbox"/> 負担限度額 第1段階 第2段階 第3段階 第4段階					
家族等の 状況	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先	備考(同/別)
入居希望 時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する					
	<input type="checkbox"/> 年 月頃希望する					
	<input type="checkbox"/> 将来的に必要なになった時に入居したい					
申し込み 状況	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームこうのに申込む					
	すでに申し込み済 () () これから申し込む () ()					
同意書	福井県または市町村から求められた場合には、この申込書(及び記入内容)を提出することに同意します。					
	平成 年 月 日 氏名 (印)					

注意事項	・事前訪問や入居に関する確認事項等のお電話を申し込み者記入欄に書かれた電話番号にいたしますので連絡がつきやすいところをお書き下さい
	・一度、入居決定を保留されますと、その時点での入居を取り消すことがございますのでご了承ください。
	・入居希望者の方の情報を事前にケアマネージャー・病院等にお伺いすることがありますのでご了承ください。
	・医療的ケア(経管栄養やカテーテル等)が必要な方については受入数に限りがあるため、点数的には上位であっても入居を待っていただくことがあります。
	・申し込みの際には、介護保険被保険者証の写し、直近3ヶ月のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。

②認知症状

認知症	1、 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
	2、 <input type="checkbox"/> 無	
	3、コミュニケーション <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
行動障害	1.ものを盗られたなどと被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	2.作話をし周囲に言いふらすことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	3.実際にはないものが見えたり、聞こえることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	4.泣いたり、おこったりして感情が不安定になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	5.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	6.暴言や暴行が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	7.しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	8.大声をだすことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	9.助言や介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	10.目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	11.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	12.外出すると、1人で戻れなくなる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	13.1人で外に出たがり目を離せないことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	14.いろいろなものを集めたり、無断でもってくる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	15.火の始末や火元の管理ができないことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	(入院中などで火の始末や火元の管理が必要ない場合には「ない」としてください)	
	16.ものや衣類を壊したり、破いたりすることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
	17.不潔な行為を行うことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)	
18.食べられないものを口に入れることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(頻度 回/月)		
自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	

③ケアマネジャー及び居宅介護支援事業所

担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所
	事業所名
	TEL:

- * 次のような場合には、必ずご連絡下さるようお願いします。
- ・入居申込書に記載されている内容が変更になった場合
 - ・担当ケアマネジャーが代わった場合
 - ・他施設入所や死亡等により入居申込を取り消す場合

(入居申込書 添付)

①入居対象者

生活動作	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可			
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
			副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
		食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> その他()			
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない			
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない			
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パット(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)			
		場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他(
	入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴			
		洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		拒否	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある			
	動作等	方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定)			
			<input type="checkbox"/> 車いす(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子			
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可			
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可			
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可			
	外出	<input type="checkbox"/> よくする <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)			
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)			
言語		<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない				
意思		<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない				
麻痺の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)				
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
その他 特記事項(拘縮など)						
既往歴	過去の病気・怪我など					
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう) <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥 瘡 (床ずれ) の処置 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入してください)					
	現在治療中(服薬中)の病気など					
	かかりつけ病院 :		主治医:		TEL:	