

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

認知症対応型共同生活介護事業

グループホーム 「なでしこ」 利用申込書

入居申込者氏名 _____

なでしこに入居したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			生	年	月	日
氏名	(男・女)		明治・大正・昭和	年	月	日 (歳)
現住所	郵便番号		電話番号			
被保険者番号					介護保険者名	
介護度	<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					
認定期間	年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
担当の居宅介護支援事業所	事業所の名称				担当の介護支援専門員の氏名	
	Tel: _____					
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 前月の介護保険利用実績 (_____ 単位) 直近3ヶ月の平均 (_____ 単位)					
入所状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称 _____) 年 月 日~					
病歴 既往歴	《病歴》			《既往歴》		
過去の入所・入院状況	種類		期間	年	月	日~年 月 日
	名称		理由			
	種類		期間	年	月	日~年 月 日
	名称		理由			
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症老人日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
入居を希望する理由(該当するもの全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 单身又は介護者が遠距離に所在し、1人暮らしの為、介護が望めない。 <input type="checkbox"/> 家族二人暮らしで介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有する。 <input type="checkbox"/> 家族が70歳以上で入院する程ではないが治療を受けている。 <input type="checkbox"/> 介護者が乳幼児の育児や複数の介護を行っている。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労している為、日中は高齢者のみとなる。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが70歳以下で病弱である。 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが不在となる時間が長く不安を抱えている。 <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を越えており、経済的に負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者の精神的、身体的負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 現在入所(入院)している老健等から退所を求められており、在宅生活が困難である。 <input type="checkbox"/> いずれ施設への入所を必要とする為。					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐに入居を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する					

主たる介護者の状況	フリガナ				性別	生 年 月 日			
	氏名				男・女	明 治・大 正・昭 和 年 月 日 (歳)			
	住所	〒				Tel			
							要介護認定の有無	有・無	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							
	申込者との関係(続柄)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()							
家族・近親者の状況	氏名	続柄	年齢	連 絡 先		備考			
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済みの施設の名称 () () () () () ()								
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設の名称 () () ()								
入居判定に当たって特に配慮して欲しい事項について									

説明確認及び同意書	私は、入居申込に際し、入居申込から入居契約の手続きまでの入居決定方法について、事業所から説明を受けました。 私は、グループホーム「なでしこ」が入居者の状況を確認する為保険者(市町村)・居宅介護支援事業所・医療機関・介護老人保健施設等に紹介及び情報の提供を求める事に同意いたします。							
	令和 年 月 日	氏名：			印	申込者との続柄：		

留意事項	<ul style="list-style-type: none">○要介護状態区分の変更や他施設への入所などの場合は必ずご連絡下さい。○入居希望時期については、あくまでも目安としての取扱となりますのでご了承下さい。
------	---

※個人情報の取り扱いには細心の注意を払い、「個人情報の保護に関する法律」の規定にしたがって進めます。