

グループホーム ライフィニティ稲城 入居申込書

申込日	年 月 日
-----	-------

申込者（連絡先）

申込者 記入者	氏名	本人と の関係	電話
			携帯

入居者希望について

ふりがな		男 女	生 年 月 日	明治・大正・昭和	満 歳
氏名				年 月 日	
住所	〒			電 話	( )
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保・社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 高齢者(前期・後期) <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位所得者				
介護保険 被保険者番号				負担割合 割	障害者手帳(無・有) 手帳種類( 種 級)
要介護度	要支援2 要介護1・2・3・4・5	有効期間(	年 月～ 年 月)	(障害名 )	
居宅介護支 援事業所名		居宅介護支 援専門員名			
入 居 希 望 の 状 況	過去半年の 介護サービス 利用状況(事業所 名や利用頻度)	1.デイサービス( )	2.ショートステイ( )		
		3.訪問介護( )	4.訪問入浴( )		
		5.訪問看護( )	6.配食サービス( )		
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「疾病」、「高齢」、「障害」、等で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"/> 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 <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"/> 病院や施設等から退院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( )				
入居に対する意向の確認		1.ご本人( 了解 ・ 拒否的 ・ 不明 )			
		2.ご家族( 了解 ・ 不賛成 )			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族の家 <input type="checkbox"/> 施設・病院(名称 ) <input type="checkbox"/> その他( )				
世帯状況確認	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる(本人を含め、同居の方の全員数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障害者がいる				
主介護者の方につ いて	①主介護者の方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある ②主介護者の方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中				
介護を手伝う方につ いて	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週2-3日 <input type="checkbox"/> 夜間のみ ) <input type="checkbox"/> いない				
かかりつけの 医療機関	名称		電話		
	住所				
既往歴					
認知症の 種類	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> その他( )				

医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他( )
	【現在治療中の病気】

生活状況について

本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる <input type="checkbox"/> その他(具体的に )
移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( ) ベッド移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> トロミをつける ) 食事内容 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他( )
清潔	<input type="checkbox"/> 口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 有(総・部分) <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 好む <input type="checkbox"/> 好まない
視覚	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障ない) <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡(有・無)
聴覚	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障ない) <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器(有・無)
性格 対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> その他( )

その他

年金等の収入状況 について	種類		年額	
	老齢年金(国民・厚生・共済・その他)	( )		円
	障害年金(国民・厚生・共済・その他)	( )		円
	その他(国民・厚生・共済・その他)	( )		円
				円
主たる介護者	フリガナ		性別	本人との関係
	氏名		男・女	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している		
	連絡先	〒	電話	携帯
【介護をしているうえで困っていること等】				

今後グループホーム ライフィニティ稲城への入居を円滑にすすめ、介護保険施策の参考とするため、この申込書の内容を必要に応じて行政機関(保険者である稲城市)に報告すること、および入居判定委員会で個人情報を使用することに意義無く同意します。

令和 年 月 日

本人または申込者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

施設 受付番号:  
 記入欄 受付日:  
 受付者: