

# グループホーム入所申込書

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 施設長 | 回覧 | 係 |
|     |    |   |

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

グループホームあゆの里 施設長 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）

|            |           |    |  |
|------------|-----------|----|--|
| フリガナ<br>氏名 |           | 続柄 |  |
| 住所         | 〒 -       |    |  |
|            | 電話番号（ ） - |    |  |

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

|             |  |  |                             |  |
|-------------|--|--|-----------------------------|--|
| フリガナ<br>氏名  |  | 男・女  | 明大昭                         | 年 月 日生（ ）歳                                   |
| 住所          | 〒 -<br>電話番号（ ） -   |  |                             |  |
| 介護保険        | 被保険者番号   |  |                             |  |
|             | 認定期間   | 年 月 日～ 年 月 日   |                             |  |
|             | 要介護度   | 1 2 3 4 5  |                             |  |
|             | 障害高齢者の日常生活自立度  | J A-1 A-2 B-1 B-2 C  |                             |  |
|             | 認知症高齢者の日常生活自立度   | I II a II b III a III b IV M   |                             |  |
| 主治医氏名等      |  |  |                             |  |
| 健康保険<br>年金等 | 種別   |  |                             | 記号・番号  |
| 現況          | <input type="radio"/> 自宅<br><input type="radio"/> 入院中<br><input type="radio"/> 入所中 | 病院又は施設   | 名称                          |  |
|             |  |  | 住所                          |  |
|             |  | 入院又は入所期間   | 年 月 日～                      |  |
| 心身状態        | 歩行   | <input type="radio"/> 自立   | <input type="radio"/> 一部介助  | <input type="radio"/> 全介助                    |
|             | 排泄   | <input type="radio"/> 自立   | <input type="radio"/> 一部介助  | <input type="radio"/> 全介助 [おむつ使用：○なし○夜のみ○昼夜] |
|             | 食事   | <input type="radio"/> 自立   | <input type="radio"/> 一部介助  | <input type="radio"/> 全介助                    |
|             | 入浴   | <input type="radio"/> 自立   | <input type="radio"/> 一部介助  | <input type="radio"/> 全介助                    |
|             | 着脱衣  | <input type="radio"/> 自立   | <input type="radio"/> 一部介助  | <input type="radio"/> 全介助                    |
|             | 視力   | <input type="radio"/> 普通   | <input type="radio"/> 弱視    | <input type="radio"/> 全盲                     |
|             | 聴力   | <input type="radio"/> 普通   | <input type="radio"/> やや難聴  | <input type="radio"/> 難聴                     |
|             | 言葉   | <input type="radio"/> 普通   | <input type="radio"/> 少し不自由 | <input type="radio"/> 不自由                    |
|             | 認知症状   | <input type="radio"/> 攻撃的行為 <input type="radio"/> 自傷行為 <input type="radio"/> 理解力低下 <input type="radio"/> 日常の意思決定力低下<br><input type="radio"/> 不穏行動 <input type="radio"/> 不潔行為 <input type="radio"/> ひどい物忘れ <input type="radio"/> 意思の伝達力低下<br><input type="radio"/> 異食行動 <input type="radio"/> 収集癖 <input type="radio"/> 徘徊 <input type="radio"/> その他（ ） |                             |  |
|             | 医療の状況  | 現在治療中の病気・特記事項等   |                             |  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 入所を希望する理由<br><br>※該当するものを全て選んで下さい | <input type="checkbox"/> 身寄りがなく介護者がいないため<br><input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が居住地と同一市町村及び隣接市町村外に住んでいる<br><input type="checkbox"/> 定期的な介護可能者が居住地と同一市町村及び隣接市町村内に住んでいる<br><input type="checkbox"/> 主介護者が病院等に長期入院中等の状況により、事実上介護が不可能<br><input type="checkbox"/> 主介護者が、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 主介護者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 主介護者が、複数の介護や育児、または就業しているために十分な介護が困難<br><input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きい<br><input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難<br><input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することかになったが、在宅での介護が困難<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-----------------------------------|---|

|       |                            |    |    |    |                |         |      |
|-------|----------------------------|----|----|----|----------------|---------|------|
| 家族の状況 | 氏名                         | 続柄 | 年齢 | 職業 | 同居<br>別居<br>の別 | (別居の場合) |      |
|       | <small>主介護者には○チェック</small> |    |    |    |                | 住所      | 電話番号 |
|       | <input type="checkbox"/>   |    |    |    |                |         |      |
|       | <input type="checkbox"/>   |    |    |    |                |         |      |
|       | <input type="checkbox"/>   |    |    |    |                |         |      |
|       | <input type="checkbox"/>   |    |    |    |                |         |      |
|       | <input type="checkbox"/>   |    |    |    |                |         |      |

|       |    |    |    |    |    |      |
|-------|----|----|----|----|----|------|
| 身元引受人 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 住所 | 電話番号 |
|       |    |    |    |    |    |      |

|           |  |
|-----------|--|
| 入所を希望する時期 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい<br><input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入所したい |
|-----------|--|

|      |   |
|------|---|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申込<br><input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる<br>(他の施設名) _____ |
|------|---|

|      |  |
|------|--|
| 特記事項 |  |
|------|--|

|           |      |     |  |
|-----------|------|-----|--|
| 担当ケアマネジャー | 氏名   | 連絡先 |  |
|           | 事業所名 |     |  |

|       |   |
|-------|---|
| 説明確認欄 | 私は、入所申込に際し、入所順位の決定方法について施設から説明を受けました。<br>令和 年 月 日 氏名： |
|-------|---|