

(表)

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 野菊入所申込書

入所を希望する者	フリガナ		保険者名								
	氏名		被保険者番号								
	生年月日	年 月 日 ()歳					性別(男・女)				
	現住所	(郵便番号 —)					電話番号(— —)				
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (申込日現在の介護度) 要介護(1・2・3・4・5) 要支援(1・2) (認定有効期間) 年 月 日から 年 月 日まで									
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中(年 月 日申請)					<input type="checkbox"/> 更新申請中(年 月 日申請)						
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない											
世帯状況			<input type="checkbox"/> 同居家族がいない(ひとり暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族がいる								
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により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"/> 施設や病院等から退所等を求められているが、受け入れが困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()										
認知症対応型共同生活介護 野菊 様 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。 年 月 日 (申込者) 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) (続柄) _____											

提出者(連絡先)

氏名：	続柄：	電話番号：
〒： —	住所：	

(裏)

※太ワクの中をすべて記入してください(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

◎介護者・家族等の状況

※ 入所申込みに対する家族の同意等は備考欄に記入してください。

家族構成	続柄	氏名	年齢	入所希望者と	住所	電話	備考
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
				同居・別居			
主たる介護者	フリガナ		年齢	本人との関係		備考	
	氏名						
	健康状態	<input type="checkbox"/> 疾病〔〈具体的に〉〕 <input type="checkbox"/> 健康					
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 介護する者が要介護状態のため、介護困難な状態である <input type="checkbox"/> 仕事や入所希望者以外の人 } の看病等があり、介護困難な状態である〔〈具体的に〉〕 <input type="checkbox"/> 多少介護は可能であるが、常時の介護は困難な状態である〔〈具体的に〉〕 <input type="checkbox"/> 介護可能な状態である					
	介護の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院又は介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他の施設に入所中					
	介護歴	年 月頃から介護している (期間:約 年)					
	介護協力者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 随時あり(氏名 _____ 続柄 _____) <input type="checkbox"/> 常時あり(氏名 _____ 続柄 _____)					
	意見	〔食事や排せつのこと、その他介護をしている上で困っていることなど〕					

(裏)

※太ワクの中をすべて記入してください。(不明な点は、施設にご相談ください)

※□欄は、該当するものに×を記入してください

入所希望者の状況	医療の状況	<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"/> その他() <現在療養中の病気・特記事項等>	
	主治医	(病院名) (医師名) (住所) (電話番号) — —	

担当介護支援専門員記入欄	担当介護支援専門員氏名	事業所名	連絡先電話番号
	認知症老人の日常生活自立度	I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
	障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	在宅サービス利用率	%(直近3箇月の平均)	
	意見等		

施設記入欄	入所申込書受付日	年 月 日
	入所決定日	年 月 日