

認知症対応型共同生活介護施設 グループホーム翠 入所申込書

グループホーム翠 代表者 殿

申込日 年 月 日 受付担当者 印

申込者 (連絡先)	フリガナ 氏名	例(長男)	特記事項(施設が記入)
	住所	続柄	
	電話 自宅	その他連絡先	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

氏名	フリガナ	男	介護保険 被保険者番								
		女	要介護度	1	2	3	4	5	未認定		
生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	有効期限	～				
住所	〒 申込者と同じ住所の場合は「同上」で結構です										
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす (家族構成)										
	<input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設)に入所中(施設名)										
	<input type="checkbox"/> 現在入院中(医療機関名 時期 平成 年 月から入院)										
	介護レベル(自立・少し介助必要・食事、排泄など介助必要・全介助) 性格(おとなしい・普通・頑固) 身元引受人名(続柄) 同居していない家族の協力(あり・なし)										
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人が(いない・高齢・就労中・育児中)で自宅では困難(介護を始めた時期)										
	<input type="checkbox"/> 現在、受けているサービス(デイサービス・ホームヘルパー・その他) 回数()										
	移動(独歩・杖・老人車・歩行器・車イス) 動作(自立・ふらつき・手すり・車イス自走・一部介助・全介助) 排泄(自立・尿瓶・紙パンツ・ポータブルトイレ・紙オムツ) 入浴(自立・一部介助・全介助) 食事(自立・一部・全介助) 食事形態(普通・おかゆ・刻み・ミキサー) 嗜好(タバコ・お酒・なし)										
認知	認知症(なし・軽度「物忘れなど」・中度「名前や食事したのを忘れる」・重度「意思疎通が困難」)										
	認知の状態(同じことを何度も言う・独り言・暴言・暴力・介護に抵抗・徘徊・異食・昼夜逆転・意欲なし) (診断名 診断機関名・年月)										
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 現病歴など (かかりつけ医)										
申込み 状況	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む(施設名) <input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む										

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏名	続柄	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 同じ敷地	<input type="checkbox"/> 近くで別居	<input type="checkbox"/> 遠くで別居
意見など	介護で困っていることなど				

在宅サービスを利用の方は居宅介護支援事業所名	担当ケアマネ
ショートステイ希望(なし・あり)	介護保険負担限度額認定書の有無(1段階・2・3・4)
関連施設入所希望(なし・あり)	その他手帳等()月々の年金額(約)
同意書	福井県又は市町村から求められた場合には、これを提出することに同意します。 年 月 日 氏名 (印)

個人情報に関しては、施設申込書類以外には使用いたしません。

※ 申込の際には、介護保険証の(写し)、介護保険負担割合証の(写し)、直近3ヶ月分のサービス利用票及び別表の(写し)を添付してください。

※ 要介護度の変更、連絡先の変更、申込み終了(移転、他の施設に入所、死亡)などがありましたら 随時ご連絡ください。〒918-8221 福井市堅達町24-1 山翠苑 電話0776-53-2586 FAX0776-53-3813