

入 所 申 込 書

五色グループホーム 様

入所希望者(申込者)

フリガナ		保 険 者	
氏 名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要 介 護 度	1・2・3・4・5
性 別	男・女	認定有効期間	平成 年 月 日～ 年 月 日
現 住 所	〒 電話番号 ()		
給付制限			
認定審査会 意見			

注:介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者(申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。)

氏 名		入所希望者との続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

上記入所希望者について、介護保険法令に基づき要介護の認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

なお、入所のための待機中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。

	時 期	早急・平成 年 月以降 申込予定:貴施設のみ・他にも申込み ヶ所(予定)
希 望 事 項	申 込 理 由 ・ 入 所 を 急 ぐ 理 由	<input type="checkbox"/> 1 施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2 寝たきりなどにより、食事、排泄、入浴等日常生活全般に介助が必要 <input type="checkbox"/> 3 認知症などにより通常の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5 介護者がいない、介護者が入院等で介護できない <input type="checkbox"/> 6 介護者が、高齢、疾病、育児、就労、別居等のため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 7 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など) <input type="checkbox"/> 8 介護保険の限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 9 住宅が介護に適さない(狭い、改修不可など) <input type="checkbox"/> 10 住宅環境が在宅サービス利用に適さない(立地・地形上など) <input type="checkbox"/> 11 その他の理由(具体的にお書き下さい)
同 意 書	入所希望者、介護者を円滑に支援するために、市町等に、この申込内容を情報提供することに同意します。 平成 年 月 日 氏 名 印	

事務処理欄

初回申込:平成 年 月 日	今回受付日:平成 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法:来所・郵送・	意思確認:平成 年 月 日

調 査 票

現 況		独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名)					
生活状況	移 動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー			介 助	自立・一部介助・全介助	
	食 事	主)普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)			介 助	自立・一部介助・全介助	
		副)普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ			介 助	自立・一部介助・全介助	
	入 浴	介助浴・座浴・持浴			介 助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助		車椅子・ストレッチャー			要・不要		
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない		身 長	cm	体 重	kg
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精 神 状 態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発 語	普通・やや不自由・不自由		認 知 症	無・有()		
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない		問 題 行 動	無・有(徘徊・不潔行為・他)		
健康状況	現 疾 患				病 歴		
	主 治 医				TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()					
	感 染 症	無・有()		アレルギー	無・有()		
	皮 膚 刺 激	普通・弱い		麻 痺	無・有()		
	便 秘	無・有(服薬:無・有)		掻 癢	無・有()		
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)		癩 瘡	無・有()		
	皰 疹	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有()		
入 れ 歯	無・有(上・下)		口 腔 保 清	要・不要()			
介護の状況	主たる介護者氏名			年 令 才	性 別 男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()					
	介 護 期 間	年 月頃から		その他の介護者	無・有 名		
	窓 口 相 談	無・有(介護事業所・役所・在宅介護支援センター・その他:) 居宅介護支援事業所名 ケアマネージャー名 () ()					
住環境	区 分	持ち家・借家/高層住宅 階(エレベーター 有・無)					
	住 宅 改 修	可・不可・改修済()					
	立 地 等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)					
【介護上の悩み・困っていること】※別の用紙にお書き頂いても結構です。							