

入所申込日	令和 年 月 日
入所申込受付日	令和 年 月 日

グループホーム「潤」入居申込書

入居申込者 〒 —

住所:

氏名: 印

電話番号: — —

入居希望者との続柄 ()

貴施設に入居したいので介護保険被保険者証のコピーを添えて申し込みます。

記

入居希望者の状況																																							
ふりがな				性別	男・女	年齢	満()歳																																
氏名				生年月日	明・大・昭		年 月 日																																
現住所	〒 —																																						
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設又は病院等 【施設又は病院等】 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 20%;">名称</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>入居(院)開始年月日</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">年 月 日から</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>									名称										所在地										入居(院)開始年月日			年 月 日から						
名称																																							
所在地																																							
入居(院)開始年月日			年 月 日から																																				
保険者名				被保険者番号																																			
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																																					
	認定期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																																					
※必須要件	<input type="checkbox"/> 認知症の診断名がでている(診断書必要) <input type="checkbox"/> 居住地が熊本市である																																						
入居希望理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 要介護度が進み、グループホームで常時介助を受ける必要があるため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者が高齢、疾病、就労等の理由で十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、その者の身体的・精神的負担が大きく、これを軽減するため <input type="checkbox"/> 介護をする者がいないため <input type="checkbox"/> 現在入居(院)している病院・施設等から退所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()																																						

グループホーム「潤」入居申込書別紙（調査票）

入居希望者氏名	記入者氏名	印
記入者所属・職名 (※)	所属	連絡先 電話番号
	職名	
		入居希望者
		記入者

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目	内 容		
入居区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特例		
要介護度	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	要介護認定期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
介助の状況	食事	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		食事の内容	(主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	排せつ	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		排せつの方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()
	入浴	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		入浴の方法	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他()
	更衣	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	体位変換	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	介助の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		器具の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()
【その他介助の状況に関する特記事項】			
身体の状態	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない	
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない	
	障害手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【障害手帳等】	
		手帳等の種類	
障害名			
		障害の程度(級・度)	
【その他身体の状態に関する特記事項】			

調査項目	内 容																													
退所(院)後の在宅での生活環境の予定	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし。 <input type="checkbox"/> 家族と同居。(子の家等に同居する場合も含む。) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																												
	住居の状況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。																												
退所後の在宅での介護者の状況予定	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がいない。 <input type="checkbox"/> 介護者がいる。 ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(※)の予定】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 <table border="1" data-bbox="336 815 1394 1496"> <thead> <tr> <th data-bbox="336 815 480 869">氏名</th> <th data-bbox="480 815 762 869">入居希望者との続柄</th> <th data-bbox="762 815 1045 869">年齢</th> <th data-bbox="1045 815 1394 869">満()歳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="336 869 480 922">同居の有無</td> <td colspan="3" data-bbox="480 869 1394 922"> <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 922 480 976">就労等の状況</td> <td colspan="3" data-bbox="480 922 1394 976"> 週 回、1日当たり 時間、 に従事 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 976 480 1030">疾病・障害等の状況</td> <td colspan="3" data-bbox="480 976 1394 1030"> <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1030 480 1191">対応状況</td> <td colspan="3" data-bbox="480 1030 1394 1191"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1191 480 1245">介護の負担</td> <td colspan="3" data-bbox="480 1191 1394 1245"> <input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1245 480 1496">介護に関する特記事項</td> <td colspan="3" data-bbox="480 1245 1394 1496"></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	入居希望者との続柄	年齢	満()歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)			就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事			疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無			対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。			介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。			介護に関する特記事項			
氏名	入居希望者との続柄	年齢	満()歳																											
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住)																													
就労等の状況	週 回、1日当たり 時間、 に従事																													
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無																													
対応状況	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。																													
介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい。 <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい。 <input type="checkbox"/> 負担が少ない。																													
介護に関する特記事項																														
その他入居申し込みに関して特に留意すべき事項	(前記調査項目以外で、入居申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。)																													