

グループホームやわらぎ・西立川 入居申込受付書

受付番号	
受付日	・ ・
受付者	

フリガナ 利用者氏名		性別	生年月日
		男・女	M T S 年 月 日
フリガナ 申込者氏名		続柄	
入居希望の理由	本人の気持ち		
	申込者の気持ち		

介護保険	要介護度	有効期間		保険者
		年 月 日～	年 月 日	
身体障害者手帳	無 ・ 有	種 級	障害名	
医療保険				

	優先 順位	氏名	連絡先
	入居に関する 連絡先	1	続柄 ()
自宅電話			
昼間の連絡先 (携帯電話等)			
2		続柄 ()	住所
			自宅電話
			昼間の連絡先 (携帯電話等)
3		続柄 ()	住所
			自宅電話
			昼間の連絡先 (携帯電話等)

※ 当法人は、以上の記載内容につきまして、第三者に漏れることの無い様に厳守致します。
但し、裏面の同意書に署名・ご捺印頂いた方はこの限りではありません。

◆添付書類 介護保険被保険者証のコピー

グループホームやわらぎ・西立川 入居に関わるアンケート兼同意書 (□申込・□変更)

グループホームやわらぎ・西立川に入居申込をされる全ての方にご記入頂いております。
 ご記入の際は誤りやご記入漏れのないようご注意ください。(該当しない点等につきましては未記入で結構です。)
 以下の内容に変更(変化)が生じた場合には、その旨をお申し出いただき、あらためて本書(変更届)を
 ご提出いただくこととなりますので、あらかじめご理解の程よろしくお願い申し上げます。

あてはまる項目の□にチェックをしてください。

入居申込者ご本人	被保険者番号										
	フリガナ										
	フリガナ										
	フリガナ										
氏名	フリガナ										
住所	〒 -										
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	年齢	満	歳				
入居申込に来られた方	氏名	フリガナ									
	住所	〒 -									
	入居申込者 ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他()									
	この申込につ いての問い合 わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 電話 - -									
①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										
②認知症度(自 立判定基準)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
③認知症等に ついて	・認知症の診断は受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・はいの場合 ● 主治医師名・病院名 () ● 連絡先 () ・認知症の原因は <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 () <input type="checkbox"/> その他 () ・問題行動の有無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 () <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に)										
④同居の方に ついて	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる()										
⑤主に介護して いる方について	・介護する方は <input type="checkbox"/> いる(お名前) <input type="checkbox"/> いない ・主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・主に介護される方は <input type="checkbox"/> 働いている(平均週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない										
⑥介護を手伝う 方について	・介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その他の方()										
⑦お住まいに ついて	・今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ・自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 老朽化が著しい										
⑧介護する上で の住宅の問題に ついて	<input type="checkbox"/> 外出に支障のある住宅に住んでいる(エレベーターのない集合住宅の2階以上等) <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 老朽化が著しい <input type="checkbox"/> その他(具体的に)										
⑨医療について	<input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に) <input type="checkbox"/> 病気がある(病名)										
⑩ご自宅以外で の介護や治療 (自宅にいらっ しゃる方は未記 入)	・現在いらっしゃるのは <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他() ● 施設名 () ● 入所あるいは入院開始日 年 月 日										
⑪ケアプラン について	・ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・相談できる介護支援専門員(ケアマネジャー)は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 「いる」方へ ● 介護支援専門員の氏名 () ● 事業所名 () ● 電話 ()										
⑫在宅サービス について	・在宅サービスは <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい [具体的な内容]										

グループホームやわらぎ・西立川 施設長 様

私は、申込みに際し、貴施設の入居に関する方法や手続きについて説明を受けました。
 この書面にある内容を保険者・在宅介護支援センター・指定するケアマネジャー等へ提供することに同意します。

平成 年 月 日

申込者ご本人の氏名 氏名 (印) 自筆 代筆

代筆の場合は代筆者の氏名もご記入ください 氏名 (印)