

介護者(家族・親族)の状況

該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 身寄りがなく介護する者がいない
- ☐ 介護する者がいない
(介護者が長期入院・入所、介護者が遠方に在住等により実質的に介護する者がいない)
- ☐ 介護する者はいるが、十分な介護力がない
(介護者が要介護状態、病気療養中、障害を有している)
- ☐ 介護する者はいるが、介護に当たる時間を十分に確保できない
(介護者が要支援状態・高齢者である、就労している、他にも介護している、育児をしている)
- ☐ 介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である

理由 ()

主たる介護者・申込者のご意見

介護上のお悩みや困っていることなどを記入してください

(例) 認知症による問題行動、住居など問題、介護疲れ、将来への不安 等

担当ケアマネジャー及び入所施設・入院先医療機関のご意見

(注) 協力を得ることが出来れば記入・協力をお願い致します。

氏 名		事業所名	電話番号 ()
介護老人福祉施設に入所する必要性などについて意見を記入してください。			
本人の認知症状況 (認知症老人の日常生活自立度)		(該当する日常生活自立度を○で囲んでください。) 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	

入所場所

入所を希望される部分へのチェックをお願い致します。

- ☐ 多床型(4～2人部屋)へ入所申し込みをする
- ☐ ユニット型(個室)へ入所申し込みをする
- ☐ 多床型、ユニット型の両方に入所申し込みをする

説明確認及び同意書

- ・入所申込から契約までの必要な手続き、入所順位決定方法、ならびに入所にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。
- ・申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- ・入所可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることに同意します。
- ・入所制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- ・施設が居宅支援事業者へ入所希望者の状況について確認することに同意します。

本人氏名			
申込者氏名		続柄	
住 所	〒		
	電話番号 ()	ファックス番号 ()	
	携帯電話番号		

グループホーム 入 居 申 込 書

年 月 日

ふりがな		性 別	生 年 月 日
入居者氏名		男・女	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)
入居者住所	(〒)		
	電話番号 () -		
申込者氏名	(入居者との続柄)		
申込者住所	(〒)		
	電話番号 () -		
連 絡 先	・自 宅 ・その他 (名称 : 電話番号 () -		
現 状	・在 宅 (・独居 ・高齢世帯 ・同居) ・ご利用中のサービス ()		
	・入 院 (施設又は病院名)		
介護申請	☐ 申請済(要介護) ☐ 申請していない ☐ 申請中 (月 日)		
居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー			
連絡先 () -			
現在治療中の傷病名			
※該当される状態に○をお付けください。			
歩 行	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 不 可		
食 事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 (経口・経管) ※主食 () 副食 ()		
排 泄	1. 自立 2. 一部介助 () 3. おしめ (夜・全日) ※PTレ・バル		
聴 力	1. 問題なし 2. 難聴 (左・右) 3. 不能 (左・右) ※補聴器 (有・無)		
視 力	1. 問題なし 2. 弱視 (左・右) 3. 不能 (左・右) ※眼 鏡 (有・無)		
麻 痺	・無 ・有 (部位等)		
認 知	・無 ・有 (症状：物忘れ・徘徊・妄想・昼夜逆転・暴言・暴力・その他		
備 考			

- * 申し込みに必要な物
- ・介護保険証
 - ・後期高齢者医療被保険者証

