

(様式 1-1)

入所申込書

令和 年 月 日

グループホーム

ぬくもり 管理者 様

申込者氏名 続柄 ()

住 所

電話番号 ()

貴グループホームに入所を希望し次の通り申し込み致します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|-----------------|----|----|-------|------|-----|----------------|---------|--|---|----|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|----|
| 入 所 対 象 者 | 被保険者番号 | | | | | | | *介護保険証でご確認ください | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 性別 | 1 男 2 女 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | | | | | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 秋田県横手市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 0182 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | () | | | | | | 勤務先 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護度 | 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | から | 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | まで |
| | 介護支援専門員 | *おりましたら記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 同居・別居 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 同・別 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 同・別 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 同・別 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 同・別 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| |
|-------------|
| 【入所申し込みの理由】 |
| |
| |
| |
| |

| | | | | | | |
|------------|-----|----|---|---|---|----|
| グループホーム使用欄 | 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | No |
|------------|-----|----|---|---|---|----|

(様式 1-2)

入所申込者状況票

| | | | | | | |
|---------------|--|-----|--|-----|----|--|
| 調査年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 対応者氏名 | 所属 | | | | 氏名 | |
| 現 状 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 介護保険等サービス確認欄 | 利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| 健康保険 | 種別 | 年金等 | | | 種別 | |
| 各種手帳 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り () 障害名 判定 種 級 | | | | | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管 (鼻 胃瘻) 食事内容 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 他 () 食事制限 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り () | | | | | |
| 入 浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特浴 一般浴 | | | | | |
| 着 脱 衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ 失 禁 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 排便 回 / 1日 | | | | | |
| 移 動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動器具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 | | | | | |
| 視 力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用 有 無 | | | | | |
| 聴 力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 | | | | | |
| 言語・会話 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能 | | | | | |
| 認知症等 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (軽度 中度 重度) 問題行動 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力 その他 () | | | | | |
| 薬の服用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 既往歴等 | 昭・平 年頃 | | | | | |
| | 昭・平 年頃 | | | | | |
| | 昭・平 年頃 | | | | | |
| かかりつけ医 | 病院 | | | 主治医 | | |
| 【身体等に関する特記事項】 | | | | | | |
| | | | | | | |