

(様式 1-1)

入所申込書

平成 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 介護認定申請中 申請日 平成 年 月 日															
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		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 平成 年 月 日 No
------------	-----------------

(様式 1-2)

入所申込者状況票

調査年月日	平成 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		
	利用している介護保険サービス		
介護保険等 サービス 確認欄	<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		
痴 呆 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】			