

認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）入所申込書兼台帳

入 所 申 込 者	フリガナ		受付日	令和 年 月 日
	氏名	続柄 ( )	受付番号	
	住所 〒 -		担当者	
	電話番号 - -			
	携帯番号 - -			

本 人 の 状 況	フリガナ	性別	保険者 (番号)	
	氏名	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	要支援度 要介護度	支 2・1・2・3・4・5
	要介護認定期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	変更申請日	
			変更申請理由	
	自宅住所 〒 -		電話番号	- -
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入院中		
	※自宅以外に居住の場合	施設・病院等の名称	住所 〒 - □	
		入所・入院期間	平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月)	電話番号 - -
	入所申込理由			
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 理解困難			

	担当 ケアマネー ジャー名		居宅 介護支援 事業所名	電話番号	—	—				
	居宅サービス利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
本人の 状況	主たる病名									
	認知症高齢者自立度	I	II a	III a	III b	IV M				
	障がい高齢者自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	医療の状況	健康状態 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 体調・熱・血圧に変動がある <input type="checkbox"/> 時に不安定								
		治療中の病名と受診している機関								
		その他かかりつけ医（整形外科・歯科等）								
	他施設への 申し込み 状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる								
		既に申し込んでいる他の施設名								
		今後申込む予定の施設名								
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	補助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	おむつの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト						
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬・食物・その他）								
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴							
言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由									
主たる 介護者 の 状況	フリガナ		住所 〒	—						
	介護者名									
	続柄（ ） 年齢（ ）	電話番号	— —							
	同居以外の親族・援助者の有無 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟・親族等 <input type="checkbox"/> 親族はないが援助者あり <input type="checkbox"/> 親族、援助者なし									
意見等（現在介護で困っている事等）										
同意書	今後、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）への入所申込者の状況を調査するために氏名、生年月日、住所、入所申込理由等について、県及び保険者（市町村）に報告することに同意します。									
	令和	年	月	日	氏名					