

有限会社 如水会
グループホーム ease 入居申込書

添付資料：
介護保険証のコピー・主治医からの診療情報提供書 必須

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

入居希望者	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生
	住所 〒 -	電話番号	
申込者 (代理人)	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	続柄	
		自宅電話番号	
	住所 〒 -	携帯電話番号	
		勤務先	

申込理由（申込時の状況等）

緊急時連絡先及び身元引受人	第1連絡	氏名		続柄	
		住所 〒 -		自宅電話番号	
				携帯電話番号	
	第2連絡	氏名		続柄	
		住所 〒 -		自宅電話番号	
				携帯電話番号	

同居者	氏名	年齢	続柄	職業（勤務先・電話番号）

住居	種別	<input type="checkbox"/> 戸建（ <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床） <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅
	居室	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他（ 階）

介護保険	被保険者番号		保険者		認定日	年 月 日	
	要介護度	要支援（ <input type="checkbox"/> 2） 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）					
	認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで					
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（一日の食費 円）				負担段階	
	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
	ケアマネジャー	氏名		事業所		電話番号	
	利用中のサービス	事業所名		回/週		利用中のサービス	事業所名 回/週
		<input type="checkbox"/> 通所（デイ）				<input type="checkbox"/> 訪問介護	
		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ				<input type="checkbox"/> 訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> その他（ ）		

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()				番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)			
医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障 (重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療					
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名)					
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)		
年金	<input type="checkbox"/> 老齢 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)		金額			
	<input type="checkbox"/> 遺族 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		円			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名【 】 年 月から入所 (院) 中					
かかりつけ医	医師名		医療機関		電話番号	
特別な医療等	()					
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了			
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名			
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名		主治医	
	経過					
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない				
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	
				言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可	
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	
			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない		
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き					
入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入居したい <input type="checkbox"/> 急いでいない (将来必要時)					
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】						

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴事業所のサービス入居申込に際し、下記の説明を受けました。

入居申込から入居契約までの手続き

私 (入居希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所
他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏 名

印

申請者 (代理人) 氏名

印