

指定認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームまつみ利用申込書

申込日：平成 年 月 日

受付日：平成 年 月 日

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性別	保 険 者	柏崎市							
	氏 名		男・女	保険者番号								
				要介護度	支	1	2	3	4	5		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	要介護認定	平成 年 月 日から								
			期 間	平成 年 月 日まで								
	住 所	〒 - 電話										
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で生活している <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている 施設又は病院名： () 入所又は入院時期：平成 年 月から入所・入院している。										
	入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため・ <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入所したい										
	申込状況	<input type="checkbox"/> グループホームまつみ申込（専願） <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる（予定） 施設名（特養 老健 その他)										
	医療情報	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 (病院・医院 科 先生 <input type="checkbox"/> 受診頻度 <input type="checkbox"/> 往診 あり ・ なし <input type="checkbox"/> 既往歴、手術歴 <input type="checkbox"/> 現病										
	認知症等による問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	頻 度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度										
認知症高齢者の日常生活自立度	I II a II b III a III b IV M											
移 動	<input type="checkbox"/> 自立（独歩・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 車椅子（自走・介助） <input type="checkbox"/> 不可											
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助											

排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ・Pトイレ) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (トイレ・Pトイレ) <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・Pトイレ) <input type="checkbox"/> 不可 (オムツ使用)		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (形態)		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
起座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない		
聴力障害	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない		
言語障害	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> かなり不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない		
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 (居室内・屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 無		
申込者	フリガナ		入所希望者との続柄
	氏名		
	現住所	〒 - (電話) (携帯)	
	勤務先	電話 () -	

申込者と異なる場合にご記入下さい

主たる介護者	フリガナ		同居の区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	入所希望者との続柄等
	氏名			
	現住所	〒 - (電話) (携帯)		
	勤務先	電話 () -		

○ 指定居宅介護支援事業者及び担当ケアマネジャー氏名

事業者名		担当ケアマネジャー氏名	
------	--	-------------	--

○ 備考

--