

# 入居申込書（入居施設共通）

たくふう会グループ

エルダーホーム高島

エルダーホーム御野

グループホーム八幡の里

グループホーム津島の里

グループホーム祇園の里

管理者 様

年 月 日

## 入居希望者

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
現住所	〒		
電話番号			
介護保険証	保険者		被保険者番号
	要介護度		認定有効期間

注：介護保険証を転記して下さい。なお、コピーを添付した場合は記載不要です。

申込代理者（申込者が本人でない場合は、下の欄にお書き下さい。）

フリガナ		入居希望者との続柄	
氏名			
住所	〒		
連絡先	自宅		
	携帯		
	E-mail		

入居希望施設 希望される施設に○印をご記入下さい。複数ある場合は、優先順位をご記入下さい。

施設名	施設形態	希望施設○印記入欄	優先順位記入欄
エルダーホーム高島	(介護予防) 特定施設入居者生活介護		
エルダーホーム御野	(介護予防) 特定施設入居者生活介護		
グループホーム八幡の里	認知症対応型共同生活介護		
グループホーム津島の里	認知症対応型共同生活介護		
グループホーム祇園の里	認知症対応型共同生活介護		
入居希望時期	・早期 ( 年 月頃) ・中期 ( 年 月頃) ・将来的に		
申込予定	・貴グループ施設のみ ・他施設にも申込み (予定含む) ヶ所		

注：入居希望時期の目安は概ね3か月以内が早期、半年～1年以内が中期となります。

## 入居希望理由

<input type="checkbox"/> 施設入居により安定した生活を送りたい	<input type="checkbox"/> 寝たきりなどにより日常生活全般に介助が必要
<input type="checkbox"/> 認知症などにより通常の見守り・介護が必要	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、疾病、育児、就労等の為、介護できない
<input type="checkbox"/> 介護するものがない	<input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが自宅での介護が困難
<input type="checkbox"/> 住宅環境が介護に適さない	<input type="checkbox"/> その他 ( )

※裏面の調査票のご記入をお願いします。

## 事務処理欄

初回申込： 年 月 日	今回受付日： 年 月 日	申込番号
受付者	受付方法： ・来所 ・郵送	意思確認： 年 月 日
備考		

調 査 票

現況		・独居    ・高齢者所帯    ・家族同居    ・その他 ( ) 入院中 (病院名: ) ・入所中 (施設名: )				
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー				
	水分	トロミなし・トロミ必要 (状態: )		介助	自立・一部介助・全介助	
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助	
	入浴	介助浴・座浴・特浴		介助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要・不要			
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない		身長	cm    体重    kg	
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない		精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)	
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知症	無・有	
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動	無・有 (徘徊・不潔行為・他)	
健康状態	現病 既往歴					
	主治医					
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他 ( )				
	感染症	無・有 ( )		アレルギー	無・有 ( )	
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有 ( )	
	便秘	無・有 (服薬: 無・有)		拘縮	無・有 ( )	
	睡眠	良・不良 (服薬: 無・有)		褥瘡	無・有 ( )	
	嚥下	異常なし・むせる・つまりやすい		湿疹	無・有 ( )	
義歯	無・有 (上・下)		口腔ケア	介助 要・不要		
介護の状況	主たる介護者 氏名	年齢    才		性別    男・女	続柄	
	担当ケアマネジャー	事業所名	氏名			
在宅サービスの利用状況	現在利用している介護サービス	サービス種別			事業所名	
		<input type="checkbox"/> 訪問介護				
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				
		<input type="checkbox"/> 訪問看護・訪問リハビリテーション				
		<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
		<input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハビリテーション				
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護				
		<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護				
	<input type="checkbox"/> (看護) 小規模多機能型居宅介護					
<input type="checkbox"/> 病院、ケアマネジャー、サービス事業所等へ情報の照会を承諾します。						
収入状況	年金 恩給	種類	年額		円	
	備考					
生活歴 (生まれ、学歴、職歴、結婚、趣味、嗜好品、宗教など)						