

関係者各位様

「グループホームかるが」の入所申込みについて

社会福祉法人かるが会

皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、入所申込みにつきまして、下記書類をコピーしていただき、申込年月日、必要事項をご記入の上、かるが会までご提出ください。宜しく願いいたします。

- 1 受付 随時
- 2 受付方法 必要な書類を、郵送して頂くか、直接かるが会事務所までご持参ください。
ご持参の場合、
9時から17時の間にお願いします。
担当：野間三郎（事務次長）
- 3 提出物 「申込書」と「調査票」に必要事項をご記入の上、ご提出をお願いします。
(調査票は原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している方が記入してください。)
- 4 その他 ご不明なことがございましたら、ご遠慮なく下記の番号までご連絡ください。

<お問い合わせ先>

かるが会（代表）(0823) 20-3601

担当（野間三郎）090-3746-5717

グループホーム かるが 入居申込書

申込年月日	令和	年	月	日
受付年月日	令和	年	月	日

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日																			
氏名			歳																							
住所	〒			電話番号																						
介護保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		要介護 認定期間	年	月	日	～	年	月	日
要介護度	要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				居宅支援事業所																					

ご本人の様子・入居申込の理由

【入所申込の理由】

本人の状況	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と <input type="checkbox"/> 施設・病院入所中()			
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(装具等..) ()		視力状態	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(眼鏡) <input type="checkbox"/> 見えない	
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> できない		認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
精神・行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> その他())				
食事状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助		排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ)	
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ)			睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

ご家族さま連絡先(緊急時連絡先)

	氏名	年齢	続柄	勤務先等	電話番号(携帯電話)
1					
2					
3					

医療状況	医療機関名		電話番号	
	診療科名		医師名	
	病名			
	服薬状況			

申込書 住所: _____

(身元引受人) 氏名: _____ ⑤ 続柄: _____ 電話: _____

緊急連絡先: _____

調査票

記入日		令和	年	月	日	記入者	氏名		入所申込者との関係						
							所属名								
							所属住所	〒							
							電話	() -							
入所申込者の状況	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日	施設記入欄				
	氏名														
	現住所	〒													
	医療状況	現在治療中の病名													
		主治医病院名・病院住所・担当医師名													
在宅サービス利用率	() %	※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出													
入所申込者の	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				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								
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可				移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助) <input type="checkbox"/> 不可								
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
者の身体状況	整容	洗面: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				/									
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ()] <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし													
	手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名: ()) 療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ()) 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級: ())													

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい等を有するなど、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難 <input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない ※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)	
	介護 支 援 専 門 員 等 の 意 見	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載) <input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: _____) <input type="checkbox"/> 経済的理由 内容: _____) <input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容: _____) <input type="checkbox"/> 住環境 内容: _____) <input type="checkbox"/> その他 内容: _____)
	その他特記事項	

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。