

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。

この度は、「グループホームかるが」への入所のお問い合わせをいただき誠に有難うございました。

さて、入所申込みにつきまして、先ずは同封の書類をご提出ください。宜しくお願いたします。

- 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時の間にお願いたします。
担当：野間三郎（事務局長）
- 3 提出物 袋の中に入れている「申込書」と「調査票」に必要な事項をご記入の上、ご提出をお願いたします。
（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; border-collapse: collapse;"> <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(ロトイレ <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(ロトイレ <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: _____



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	
		フリガナ			所属名			
		氏名			所属住所	〒		
		現住所			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					
	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				
	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	/					
身体状態等	<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。