

事業所名： \_\_\_\_\_

受付日 年 月 日

## 認知症対応型共同生活介護事業所 入所申込書

入居申込み日 平成 年 月 日

|       |                  |       |            |
|-------|------------------|-------|------------|
| 申込者氏名 | (ふりがな) _____ (印) | 関 係   |            |
| 住 所   | 〒 _____          |       |            |
| 連絡先   | 自 宅              | _____ | 携帯電話 _____ |
|       | 勤務先              | _____ | 名 称 _____  |

|       |   |   |  |             |       |  |
|-------|---|---|--|-------------|-------|--|
| 本人状況  | 氏 名   | (ふりがな) _____  | 性別 _____   | 生年月日 _____  | 年 月 日 |  |
|       | 住 所   | 〒 _____   |  |             |       |  |
|       | 介護保険  | 要介護度  | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4<br><input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 |             |       |  |
|       |   | 有効期間  | _____年 月 日 ~ _____年 月 日  |             |       |  |
|       | 担当介護支援専門員   | 事業所名 _____  | 担当者 _____  |             |       |  |
|       | 認知症診断   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |  | 診断名 _____   |       |  |
|       |   | 診断者 _____   | 病院名 _____  | 診断医師名 _____ |       |  |
| 現 状   | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 施設で暮らしている(施設名) ( _____ )<br><input type="checkbox"/> デイサービスを使っている ( 週 _____ 回 )<br><input type="checkbox"/> 訪問介護を使っている ( 週 _____ 回 )<br><input type="checkbox"/> 小規模多機能を使っている ( 週 _____ 回 )<br><input type="checkbox"/> ショートステイを使っている ( 週 _____ 回 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ( 週 _____ 回 ) |   |  |             |       |  |
| 申込み理由 | _____   |   |  |             |       |  |

入居に係る情報収集について、同意します。

平成 年 月 日

申込み者 \_\_\_\_\_ (印)

入居希望者 \_\_\_\_\_ (印)

|        |   |                             |  |   |                             |
|--------|---|-----------------------------|--|---|-----------------------------|
| ご本人の状態 | 認知症状  | 物忘れ                         | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 徘徊                          | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 暴言・暴力                       | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 幻覚・幻視                       | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 不潔行為                        | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 被害妄想                        | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 介護拒否                        | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 昼夜逆転                        | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 異食                          | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 収集癖                         | <input type="checkbox"/> ある                    | <input type="checkbox"/> 時々ある   | <input type="checkbox"/> ない |
|        |   | 対応で困っている事                   |  |   |                             |
|        | 身体状況  | 食事                          | <input type="checkbox"/> 自立                    | <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要  |                             |
| 排泄     |   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要             |   |                             |
| 入浴     |   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要だが、自宅で入浴している | <input type="checkbox"/> 自宅以外で入浴  |                             |
| 移動     |   | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 福祉用品を使いながら自立          | <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要<br>( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす) |                             |
| 医療行為   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 血糖値測定、インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 |                             |  |   |                             |

|        |  |
|--------|--|
| 入居意向   | <input type="checkbox"/> 可能な限り、早く入居したい   |
|        | <input type="checkbox"/> 将来的な入所にための申込みで、現時点で入居は考えていない。   |
|        | ご要望などございましたら、ご記入して下さい  |
| 申込み事業所 | <input type="checkbox"/> グループホームみどり <input type="checkbox"/> グループホームみかわ <input type="checkbox"/> グループホームまつやま <input type="checkbox"/> グループホーム亀ヶ崎 |