

指定認知症対応型共同生活介護事業所
グループホームさくら入所申込書

私はグループホームさくらに入所を申し込みます。
また、入居の順が巡った場合には貴施設の指示に
従い速やかに入居いたします。

申込日 年 月 日
受付日 年 月 日
受付者

入所希望者	ふりがな		性別	男	生年月日				
	氏名			女	明・大・昭	年	月	日	
	住所	〒 -		(Tel)				
					(Fax)			
					(携帯)			
被保険者番号					要介護度	申請中	支	1 2 3 4 5	
保険者の名称									
認定の有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月 日	

申込者	ふりがな		入所希望者との続柄			
	氏名					
	住所	〒 -		(Tel)	
				(Fax)	
				(携帯)	
第二連絡先	ふりがな		入所希望者との続柄等			
	氏名					
	住所	〒 -		(Tel)	
				(Fax)	
				(携帯)	

※ 第二連絡先は勤務先でも結構です

申込者と異なる場合にご記入ください						
主たる介護者	ふりがな		同居の区分	同居希望者との続柄等		
	氏名				<input type="checkbox"/> 同居	
	住所(別居の方はご記入ください)	〒 -			<input type="checkbox"/> 別居	
				(Tel)	
				(Fax)	
				(携帯)	
お気持ちを お書きください	【介護をしている上で困っている事等】					
申込状況	<input type="checkbox"/> グループホームさくらのみ申込(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)	(特養 老健 その他)	(特養 老健 その他)	(特養 老健 その他)	
		(特養 老健 その他)	(特養 老健 その他)	(特養 老健 その他)	(特養 老健 その他)	
入所希望者名						

担当	事業所名 ()
ケアマネージャー	ケアマネージャー名 ()

※該当するものにレ点をお願いします。

入所希望者の状況	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている。 <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている。 「施設や病院等に入っている方」は記入して下さい。 ◇施設名又は病院名:() ◇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(該当するものを全て選んで下さい。)	<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 月頃までにしたい						
	医療の状況	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】						
	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"/> 不穏行動 <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						
	認知症老人の日常生活自立度	I	II a	II b	III a	III b	IV	V
	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
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り				<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<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"/> 見守り				<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り				<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
衣服着脱	<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	<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	
意志の伝達	<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	

申し込みに必要な書類(複写で結構です)

- ・ (介護保険) 被保険者証
- ・ (介護保険) 認定調査票(現況調査・基本調査)
- ・ (介護保険) 認定調査票(特記事項)
- ・ (介護保険) 医師意見書
- ・ 後期高齢者医療保険者証

担当のケアマネージャーさんにご相談ください。