

受付日	申込方法	受付者	備考
平成 年 月 日	面接・持参・郵送・ CM・包括（在支）経由・（ ）		

政典会グループホーム利用申込書

- *太枠（）の中と申込日を、正しく記入してください。
- *□のある項目は、該当する□にレ（チェック）をしてください。
- *この申込書は、受付後5年間保存されます。

申込日：平成 年 月 日

申 込 者	住 所	〒 _____		
	(フリガナ) 氏 名		入所希望者との続柄	
		電話番号	自宅 () 勤務先等 ()	

入 所 希 望 者 の 状 況	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		住 民 登録地	市・区・町・村
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 _____ 電話番号 ()		
	健康保険	種 別		記号・番号
	年金等	種 別		
	障害手帳等	□有 ・ □無（※障害認定を受けている場合は、()の中もお書きください。） 手帳の名称 (障害名) (判定 種 級(度) ・ 年 月 日認定)		
	介護保険			※なるべく介護保険被保険者証の写しを添付してください。
	要介護認定	<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 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要支援1 *申請中の場合（申請日：平成 年 月 日） 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日（認定日 年 月 日）		
	施設・病院等	かかりつけ 病院等 現在入所・入院している施設及び病院等	(病院等名) □介護老人保健施設 □介護療養型医療施設 □介護老人福祉施設 □養護老人ホーム □ケアハウス（軽費老人ホーム） □有料老人ホーム □グループホーム □病院 □その他() (施設・病院名) _____ (所在地) _____ 市・区・町・村 (電話番号) _____ ()	(診療科目) ・ _____年 _____月頃より入所・入院 ・ 施設・病院等から退所（退院）を求められて(<u>いる</u> ・ <u>いない</u>) (病名) _____ (服薬状況)

入 所	居宅サービスの利用状況 ※該当する者すべてにチェック(レ)してください。	<input type="checkbox"/> ①訪問介護 (□月16回以上 □月8～15回 □月7回以下) <input type="checkbox"/> ②訪問入浴介護 (□月4回以上 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ③訪問看護 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ④訪問リハビリテーション (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑤居宅療養管理指導 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑥通所介護 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑦通所リハビリテーション (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑧短期入所生活介護／療養介護 (最近3カ月の利用日数の合計 日) <input type="checkbox"/> ⑨夜間対応型訪問看護 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑩認知症対応型通所介護 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑪小規模多機能型居宅介護 (□月8回以上 □月4～7回 □月3回以下) <input type="checkbox"/> ⑫福祉用具の貸与・購入費支給・住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> ⑬その他(介護予防サービスを含む) _____						
	担当ケアマネジャー	氏名	事業所 所在地：_____市・区・町・村					
希 望 者 の 状 況	身体 の 状 況 ※最も近い状態にチェック(レ)してください。	事業所名		電話番号：_____ ()				
		食 事 摂 取	状 態	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助				
			種 類	主食	<input type="checkbox"/> ①常食 <input type="checkbox"/> ②半粥 <input type="checkbox"/> ③全粥 <input type="checkbox"/> ④ミキサー			
				副菜	<input type="checkbox"/> ①常食 <input type="checkbox"/> ②きざみ <input type="checkbox"/> ③極きざみ <input type="checkbox"/> ④ミキサー			
		嚥 下	<input type="checkbox"/> ①むせない <input type="checkbox"/> ②時々むせる <input type="checkbox"/> ③毎回むせる					
		排 泄	状 態	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全部介助 排泄の拒否： <input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②ない				
			尿 意	<input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②時々ある <input type="checkbox"/> ③ない				
			便 意	<input type="checkbox"/> ①ある <input type="checkbox"/> ②時々ある <input type="checkbox"/> ③ない				
			おむつの使用	<input type="checkbox"/> ①なし <input type="checkbox"/> ②昼夜 <input type="checkbox"/> ③夜のみ ⇒ おむつの種類 <input type="checkbox"/> テープ止め型紙おむつ <input type="checkbox"/> パンツ型紙おむつ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> その他 ()				
		入 浴	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②一部介助 <input type="checkbox"/> ③全部介助					
		更 衣	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助					
		移 動	<input type="checkbox"/> ①自立 <input type="checkbox"/> ②見守り <input type="checkbox"/> ③一部介助 <input type="checkbox"/> ④全部介助					
転倒・転落の危険性	歩行の場合 ・ふらつき： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない ・転倒危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない 車椅子の場合 ・車いすから立ち上がって(ずり落ちて)転倒・転落する危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない 寝たきりの場合 ・ベッドから転落する危険性： <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない							
視 力	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③人の動きが分かる程度 <input type="checkbox"/> ④ほとんど見えない							
聴 力	<input type="checkbox"/> ①普通 <input type="checkbox"/> ②やや悪い <input type="checkbox"/> ③大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ④ほとんど聞こえない							

介護者の状況 ※主な介護者一人について	<input type="checkbox"/> ①身寄りが無い若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護するものがない	<input type="checkbox"/> ア. ひとり暮らしで親せきがない <input type="checkbox"/> イ. 要介護者だけの世帯 <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ②介護する者が、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不可能	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が長期入院または入所中 <input type="checkbox"/> イ. 介護者が遠方(住所:)に在住 <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ③介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が要介護状態、または病気療養中 <input type="checkbox"/> イ. 介護者が障害を有する <input type="checkbox"/> ウ. 介護者が年少者 (歳) <input type="checkbox"/> エ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ④介護する者が、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が要支援状態 <input type="checkbox"/> イ. 介護者が高齢者 (歳) <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ⑤介護する者が、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が複数の人を介護している <input type="checkbox"/> イ. 介護者が育児を行っている <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ⑥介護する者が、就業しているため、十分な介護が困難	<input type="checkbox"/> ア. 介護者が一人しかおらず、かつ常勤就業している <input type="checkbox"/> イ. 介護者がパート就業による時間的拘束があり、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()

介護者名等	①主な介護者 (フリガナ) 氏名 続柄 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	住所 〒 - 電話番号 () 入所希望者と (<input type="checkbox"/> 同居 ・ <input type="checkbox"/> 別居)
	②他の介護者 <input type="checkbox"/> 有 (入所希望者との続柄) <input type="checkbox"/> 無	氏名 電話番号 ()

その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> ①在宅生活が困難と認められる認知症状による問題行動がある	<input type="checkbox"/> ア. 自傷・他害行為がある <input type="checkbox"/> イ. 不潔行為がある <input type="checkbox"/> ウ. 常時、徘徊行動がある <input type="checkbox"/> エ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ②住環境が介護に適さない	<input type="checkbox"/> ア. 居室が狭く介護に適さない <input type="checkbox"/> イ. 廊下、階段、トイレ、浴室等の改修が困難 <input type="checkbox"/> ウ. その他 ()
	<input type="checkbox"/> ③上記以外で、特に在宅生活が困難な場合 (または介護者の負担が著しく大きな場合) は、その状況についてご記入ください。	(具体的に記入・別紙にて可)

その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 半年先ぐらいには入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要な時に入所したい
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設 (<input type="checkbox"/> 霧島市内・ <input type="checkbox"/> 霧島市外) にも申込んでいる ⇒ 施設名 ()

《お願い》

- 1) 入所希望者の要介護度や介護者等の状況など、本入所申込書の記載事項とに変更があった場合、入所希望者が死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所された場合は、必ず当施設にご連絡ください。
- 2) 医療管理については、対応できない場合がありますので、事前にご相談ください。
- 3) 施設概要・設備・料金等については事前にご確認ください。
- 4) この申込書は入所希望者の状態等を把握するためのものです。入所の決定に当たっては、入所希望者の入所の必要性和施設側の受入れ体制を検討したうえで、決定されます。