社会福祉法人ほのぼの小千谷福祉会

グループホームほのぼの 入所申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | 対象者との  続柄 |  |
| 住所 | 〒 | | 電話番号  携帯電話 |  |
| 連絡先 | 自宅  勤務先 |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者氏名 | ふりがな | 生年月日　　　　　　　( 　歳)  性別 | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 介護保険 | 要介護度 :　(要介護　　　　) 認定有効期間 :　　　　　　～  認定日 : | | |
| 担当介護支援専門員 | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　担当者 | | |
| 認知症診断 | □ あり　□ なし　　　診断名 | | |
| 診断者　　病院名　　　　　　　　　　　　診断医師名 | | |
| 利用サービス | □ホームヘルパー(　 /ｗ)　□デイサービス(　 /ｗ) 　□ショートステイ(　　/M)  □訪問介護(　 /ｗ)　 □福祉用具・その他(　 /ｗ) | | |
| ご本人の状態 | 歩行　□つかまらないで歩ける　□つかまらないと歩けない(□杖 □歩行器) | | |
| 食事　□自立　　□何らかの介助が必要　　・義歯　□上義歯のみ　□下のみ | | |
| 義歯　□上義歯のみ　□下義歯のみ　□上下義歯あり | | |
| 入浴　□自立　　□何らかの介助が必要だが、自宅で入浴　 □自宅以外で入浴 | | |
| 排泄　□自立　　□見守り　( ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ　・　パット　) | | |
| 衣類着脱　　□自立　　□見守り　　□一部介助 | | |
| 聴力　□やや難聴( 右　・　左　)　 □難聴 | | |
| 性格　□明るい　□気にしやすい　□短気　□頑固　その他( ) | | |
| 精神状態　□安定している　□落ち着かない　□その他( ) | | |
| 現在治療中の病気 | (病名　　　　　　　　　　　　)　(病院名　　　　　　　)　(主治医　　　　　　) | | |
| (病名　　　　　　　　　　　　)　(病院名　　　　　　　)　(主治医　　　　　　) | | |
| 服薬 | □あり　(お薬カードのコピーをお願いします)　　　　　　□なし | | |
| 今までにかかった病気 | (病名) | | |
| (期間) | | |
| 他施設申込状況 | □特別養護老人ホーム（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □その他施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

・入所検討のために必要な情報（入所希望者およびその家族等に関すること）を担当居宅介護支援事業所や他の介護保険施設、医療費機関等から収集することに同意します。  
令和　　　　　年　　　　月　　　　日

入所希望者氏名

入所申込者氏名　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）