

社会福祉法人刈谷田福祉会
グループホームみやざわ苑入居申込書

申込日	平成 30 年 7 月 1 日
受付日	年 月 日

入居希望者	ふりがな	イズミ エンイチ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	泉 苑一	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10 年 10 月 1 日生
	住所 〒 9 4 0 - 0 2 3 3	長岡市柘尾宮沢1778	電話番号	0258-53-0000
申込者 (代理人)	ふりがな	ミヤザワ ソノコ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名	宮沢 苑子	続柄	子
	住所 〒 -	同上	自宅電話番号	0258-53-0000
			携帯電話番号	090-0000-0000
		勤務先	(株)0000	

申込理由（申込時の状況等）

日中は家族が不在。昼夜問わず徘徊しケガが絶えないことと、家族の介護疲れが著しいため。

緊急時 連絡先	第1 連絡	氏名	宮沢 苑子	続柄	同上
		住所	〒 -	自宅電話番号	同上
			同上	携帯電話番号	同上
	第2 連絡	氏名	柘尾 二郎	続柄	弟
		住所	〒 9 4 0 - 0 2 3 4	自宅電話番号	0258-53-0000
				携帯電話番号	090-0000-0000

同居者	氏名	宮沢 苑子	年齢	48	続柄	子	職業（勤務先・電話番号）	(株)0000商事
	"	〇〇	47		子の夫		(有)0000	
	"	〇〇	17		孫		〇〇〇高校2年	

住居	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" type="checkbox"/> 高床) <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅
	居室	<input checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (階)

介護保険	被保険者番号	8 6 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	保険者		認定日	H30 年 1 月 1 日		
	要介護度	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)						
	認定有効期間	平成 30 年 2 月 1 日から平成 32 年 1 月 31 日まで						
	負担限度額認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (一日の食費 円)				負担段階	4	
	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
	ケアマネジャー	氏名	〇〇 〇〇	事業所	〇〇〇〇〇〇	電話番号	53-0000	
	利用中のサービス	事業所名		回/週		利用中のサービス	事業所名	回/週
	<input type="checkbox"/> 通所 (デイ)	〇〇ネイサービスセンター		3		<input type="checkbox"/> 訪問介護	〇〇〇〇〇	2
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ					<input type="checkbox"/> 訪問看護	△△△△	1
<input type="checkbox"/> 短期入所					<input type="checkbox"/> その他 ()			

記入例

短期入所 その他

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()		番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)	
医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障 (重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 種 1 級、障害名 上下肢不自由)			
精神障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		療育手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)
年金	<input checked="" type="checkbox"/> 老齢 (<input checked="" type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)		金額	1,150,000円
	<input type="checkbox"/> 遺族 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) ・ <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" type="checkbox"/> 同居) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名 [] 年 月から入所 (院) 中			
かかりつけ医	医師名	〇〇 〇〇	医療機関	〇〇医院 電話番号 53-〇〇〇〇
特別な医療等	なし ()			
病歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過
	高血圧症	〇〇医院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成18年4月～
	脳梗塞	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成25年5月5日
	アルツハイマー型認知症	△病院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成26年10月5日
	右大腿骨頸部骨折	□□□病院	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了	平成24年12月
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	認知症の診断名	アルツハイマー型認知症
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名	△病院 主治医 △△ △△
	経過	平成26年6月頃から物忘れが目立つようになり、同年9月頃から屋外の徘徊が始まった。同年10月5日に△病院を受診し、アルツハイマー型認知症と診断され、以来薬を飲んでいる。		
	症状等	<input checked="" type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input checked="" type="checkbox"/> 感情が不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input checked="" type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 落ち着きなし <input checked="" type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない		
日常生活動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 出入れ)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 手引き	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て)
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (内容 全て)
			言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input checked="" type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input checked="" type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き			
入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入居したい <input type="checkbox"/> 急いでいない (将来必要時)			
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】				

【説明確認及び情報収集に係る同意】

私は、貴事業所のサービス入居申込に際し、下記の説明を受けました。

入居申込から入居契約までの手続き

私 (入居希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所 他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

平成 30 年 7 月 1 日

利用者氏名

泉 苑一

申請者 (代理人) 氏名

宮沢 苑子

