

申込日 令和 年 月 日

## グループホーム永福入居申込書

申込者 〒

住所

氏名

印

入居希望者とのご関係

連絡先（自宅）

連絡先（携帯電話）

入居者予定者			
フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	( 歳 )	
住所	〒		
電話番号			
介護保険者番号	認定日：		
介護度	要支援2	・	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )
負担割合	負担割合	1	・ 2
有効期限	年 月 日	～	年 月 日
健康保険番号	種別：	番号：	
認知症診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 (FTD) <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 若年性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
診断を受けた医療機関			
診断時期	年	月	頃

※ 該当するものに レ印 のうえ、その状況をご記入ください

入居希望者の現在状況					
現況 (施設・病院等)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦で暮らしている <input type="checkbox"/> 施設に入所している ( ) <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している <input type="checkbox"/> 入院している ( )				
	<input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用 デイサービス名 ( ) 回/週				
	<input type="checkbox"/> ヘルパーの利用 事業者名 ( ) 回/週				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 施設名 ( ) 回/月				
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能事業所 ( ) 通い 回/週 訪問 回/週 宿泊 回/週				
居宅介護支援事業所名：_____					
担当ケアマネージャー名：_____					
連絡先：_____					
現況 (医療の状況)	医療機関名		科	医師名	
	医療機関名		科	医師名	
	医療機関名		科	医師名	
	現病名				
病歴					
入居希望状況					
申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当グループホームのみ申請 <input type="checkbox"/> 他施設も申請 (施設名)				
申し込みの きっかけ	<input type="checkbox"/> 病院等の紹介 <input type="checkbox"/> 知人等の紹介 <input type="checkbox"/> 見学して <input type="checkbox"/> その他				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 一年以内 <input type="checkbox"/> その他				
入居を希望する 理由	<input type="checkbox"/> 介護するものがいないため <input type="checkbox"/> 介護するものが遠方のため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため				

	<p>理由：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 介護するものが就労していて介護することが困難なため</li> <li><input type="checkbox"/> 介護するものの身体的・精神的負担が大きいため</li> <li><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため</li> <li><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul>
--	--

→3ページ目につづく

<b>入居希望者の今までの歴史と現在の状況を教えてください</b>	
出生・学歴	
職歴	
定年後の生活状況	
<b>認知症の症状</b> (いろんな方面からの事柄を具体的に)	
<b>グループホームへの希望等</b>	
ご家族から	
入居希望者から	
<b>個人情報取得・提供の同意</b>	

入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居者希望者及びその家族等に関する情報を市区町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、グループホームが取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるために東京都及び関係市区町村から要請があった場合の情報提供、または迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有及び提供することに同意します。

なお、入居申し込み後に入居死亡・施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申し込みを取り下げます。

入居希望者 氏名

印

家族等 氏名

印

→4ページ目につづく

※ 該当するものに レ印 のうえ、その状況をご記入ください

介護に関する状況				
水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
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
	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> とろみ (あり・なし)	
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
入浴の頻度等	回/週	浴槽のまたぎ	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす
起居	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 眠剤 (あり・なし)	
洗面	<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 ない	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見え
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえない	<input type="checkbox"/> かなり聞こえない	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
義歯	<input type="checkbox"/> 有 (上・下)	<input type="checkbox"/> 無		
意思伝達	<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
対人関係	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不安		
精神状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不安		

問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> あり
嗜好について	<input type="checkbox"/> たばこ (吸う・吸わない) <input type="checkbox"/> 飲酒 (飲む・飲まない)
<b>医療に関する状況</b>	
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門	
<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 現在治療中の病名
<b>認知症による問題行動</b>	
<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 物とられ <input type="checkbox"/> その他	

→5ページ目につづく

※ 該当するものに レ印 のうえ、その状況をご記入ください

<b>主たる介護者の状況</b>				
ふりがな		性別	生年月日	続柄
氏名		男女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: )			
就労状況	<input type="checkbox"/> 終日就労 <input type="checkbox"/> 半日程度就労 <input type="checkbox"/> 無職			
健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱・要入院加療 (カ月程度 病名) • 入院していないが継続的な治療を要する (病名) <input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中 (病名)			
身体状況	<input type="checkbox"/> 障がい者 ( 級・障害の種類 ) <input type="checkbox"/> なし			
他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子供の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 三カ月以上看病 (付き添い) の必要な家族がいる (自宅療養・入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要介護度)			
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 協力している人はいない <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者 (近隣者など) がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる			

【介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】

※たくさんご記入ありがとうございます

## グループホーム永福 入居ご案内について

### 【 入居までのながれ 】

#### ① お問い合わせ・ご相談

まずは、グループホーム永福の受付け窓口まで、ご連絡ください。

認知症介護やグループホーム永福入居について、分からぬことがあります。お気軽にご相談下さい。

#### ② ホーム見学

グループホームがどういうところか、よろしければ一度「グループホーム永福」にお越し下さい。実際に利用者様が生活されている様子をご覧なっていただくことで、イメージが湧くと思います。その後、ご希望によって「グループホーム永福」の介護に対する考え方や一日の流れ、ご契約内容等について説明します。

#### ③ ご入居の申し込み

入居をご希望される場合は、まずはお申込みをいただきます。

\*お申し込みの際には、認知症の診断が必要となります。かかりつけの医師から診断書を作成してもらいます。かかりつけの医者がいない場合は専門医を紹介しますので、ご相談下さい。

#### ④ 面談

- ・ご希望の日時に、当ホーム長・職員がご自宅にお伺いいたします。  
(より詳細なご様子を把握させていただきたいので、ご家族の同席をお願いいたします)
- ・ご本人に望まれる生活を確認します。
- ・安全確保のため、お身体の状態を把握します。

#### ⑤ 入居の可否を決定

ご本人の安全面等を考慮の上、ご入居の受入れについてスタッフで話し合いします。

万が一、ご入居いただくことができない場合は、他の生活環境をご案内します。

#### ⑥ 入居契約

グループホーム永福にて入居契約を結ばせていただきます。ご入居いただくにあたっては確認事項を詳しくご説明いたします。ご不明な点がありましたら、何なりとご質問下さい。

#### ⑦ ご入居

なるべく今までお使いになっていたベッド、家具類を持ち込んでいただくと、入居後も安心して過ごすことが出来ると思います。