

グループホーム・オアシスはぎ園利用申込表

○ 本人(申込者)記入欄(本人または申込者が御記入ください。)

申込者連絡先	フリガナ		続柄		処理状況欄	申込日	年 月 日
	氏名			受付日		年 月 日	
	住所	〒 -				ホーム記入者名	印
	電話番号	()				担当者名	

本人の状況	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		住民登録	市・区・町・村
	現住所	〒		
	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)		

○ 施設記入欄(施設の方で面接時に確認しながら記入します。)

本人の状況	介護保険	保険者						
		被保険者番号						
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 支援2 <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"/> 申請中 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日						
	健康保険	種別				記号・番号		
	年金等	種別						
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 手帳の種類 _____ (障害名 _____) (判定 級(度) 年 月 日)						
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 在宅介護(年 月から) <input type="checkbox"/> 施設介護(年 月入所)						
	現在利用している居宅介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護						日/月 []
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護						日/月 []
		<input type="checkbox"/> 訪問看護						日/月 []
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション						日/月 []
		<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導						日/月 []
		<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)						日/月 []
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション							日/月 []	
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)							日/月 []	
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護							日/月 []	
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給								
<input type="checkbox"/> その他()						日/月 []		

本人の状況	現在利用している施設サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている			
		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム	
		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 病院	
		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> その他	
		施設名又は病院名			
	入所又は入院期間				
	身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類: <input type="checkbox"/> 常飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー食)
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時)
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助
移動		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド)	
視力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
聴力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	
言語		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	
認知症・精神の症状	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクⅠ <input type="checkbox"/> ランクⅡa <input type="checkbox"/> ランクⅡb <input type="checkbox"/> ランクⅢa <input type="checkbox"/> ランクⅢb <input type="checkbox"/> ランクⅣ <input type="checkbox"/> ランクⅤ				
	自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動あるいは精神的な障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。				
医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引(頻度) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> その他()				
	現在治療中の病名				
	受診している医療機関				
	【特記事項】				
本人の入所意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他()				
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護するものがない <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠距離や入院中等により介護できない <input type="checkbox"/> 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"/> 介護する者が、高齢等により将来的に十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、住宅事情等により自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の構造が介護に適していないため、自宅で十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()				

その他	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日	
		氏名					
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ※別居の場合 住所 : _____ 電話 : (_____)					
		(介護している上で困っている事)					
	意見						
	他の親族・援助者の有無	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> 親族以外の援助者あり <input type="checkbox"/> 親族はあるが居所不明 <input type="checkbox"/> 他の親族・援助者なし					
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい						
他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる ()						
介護支援事業所の利用状況	事業所名 :		電話 (_____)				
	担当ケアマネージャー :						

備考	<p>入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入所の判断において、特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。</p>
----	---

○ 説明確認欄

<p>私は利用の申込に際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p>
<p>令和 年 月 日 氏名 _____</p>

○ 個人情報提供同意欄

<p>グループホーム利用の円滑化に資するため、利用に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保健施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供する事に同意します。</p>
<p>令和 年 月 日 氏名 _____</p>

- 注1 介護保険被保険者証・介護保険要介護認定調査票基本調査・直近3か月分のサービス利用票及び別表の写しを添付してください。
- 2 要介護度や介護者の状況等記載内容に変更があった場合は、速やかに施設にご連絡ください。
- 3 記入された内容について、保険者及び山口県以外の第三者に提供する場合は、予め同意を得た上で行います。