

グループホーム(やわらぎ)・(J&B小田原)・(J&B小田原2号館) 入居申込書

※申込事業所に○をつけて下さい(複数申込可能です)。

申請年月日：令和 年 月 日

下記の通り施設入居を申し込みます。

※該当する箇所を○で囲んでください

入居ご本人様の状況	ふりがな 入居者様氏名		性別 男・女	生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日(歳)		
	現住所	〒		TEL(自宅)：		
	介護保険	被保険者番号【 】 保険者番号【 】	介護度	要支援2 要介護 1・2・3・4・5		
	医療保険	後期高齢者・国民健康保険・社会保険 被保険者番号【 】	居宅介護支援事業所名：		担当者名： TEL：	
	介護保険負担割合	1・2・3				
	家族構成	一人暮らし・夫婦二人・家族と同居・その他()				
	現在の状況	在宅・入院中・老人保健施設入所中・その他()			既往歴：	
		病院名：		病名：		

申請者様	ふりがな 氏名		性別 男・女	続柄	
	住所	〒		TEL(自宅)： TEL(携帯)：	
		生年月日	T・S・H 年 月 日(歳)		

◎ご家族様の状況をご記入願います。同居・別居に関わらず、入居希望者様本人から見た主なご家族様をご記入下さい(入居ご本人様を除く介護を行っている方、施設入居中に身元引受人となれる方について、ご記入をお願い致します。必ずご記入願います)。

ご家族様の状況	(□欄に主介護者をチェックして下さい)		続柄	同居の有無	仕事の有無	連絡先(自宅・携帯)
	<input type="checkbox"/>	氏名 生年月日： 年 月 日(歳)		有無	有無	自宅： 携帯：
	<input type="checkbox"/>	氏名 生年月日： 年 月 日(歳)		有無	有無	自宅： 携帯：
	<input type="checkbox"/>	氏名 生年月日： 年 月 日(歳)		有無	有無	自宅： 携帯：
	<input type="checkbox"/>	氏名 生年月日： 年 月 日(歳)		有無	有無	自宅： 携帯：

ご本人様の状況をより詳しく把握する為に、施設が必要な場合、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・捺印をお願い致します。

氏名(本人)： _____ (印) 代筆者： _____ (印)

【お願い】申込みをされた後に、入居希望をされるご本人様の状況(要介護度・心身の状況等)及び介護を行っている方の状況等に变化があった場合は速やかにご連絡をお願い致します。また、年に1~2度「現況届」をお送り致しますので、申込み継続を希望される方は、期日までに返送をお願い致します。

【 現況調査票 】

入居者様名：

記入日： 年 月 日

1

入居ご本人様の状況	認知症症状の有無	有 無
	1. 記憶力の低下・・・寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする 2. 理解・判断力の低下・・・言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられない 3. 見当意識の障害・・・今の時間や居る場所、今一緒にいる人までも分らない事がある 4. 昼夜逆転・・・昼間に寝て、夜中になると起きてくる事がある。また、不安から真夜中に奇声をあげたり、ごそごそ動き回ったりする 5. 徘徊・・・目的もなく歩き続けることがある 6. 幻覚妄想・・・「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」などの、実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰も居ないのに会話をしたりする 7. 収集癖・・・自分の物ではない物、必要のない物などを持ち帰る行動が見られる 8. その他・・・()	
※該当する箇所を○で囲んでください	理解力	1. 生年月日・年齢を答える(できる ・ できない) 2. 直前記憶の有無(ある ・ ない) 3. 自分の名前を答える(できる ・ できない) 4. 今の季節を理解する(できる ・ できない) 5. 毎日の日課ができる(できる ・ できない) 6. 自分の居場所を答える(できる ・ できない)
	精神状態	※該当する番号を○で囲んでください 1. 異常なし 2. 認知症あり 3. 躁うつあり I. 何らかの認知症はあるが、日常生活は自立している。 II. 多少認知症はあるが、誰かが注意していれば自立している III. 徘徊・失禁・意思疎通の困難さが時々みられ介護を必要とする IV. 徘徊・失禁・意思疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を必要とする V. 著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体疾患がみられる
睡眠状況	良眠 ときどき良眠 不眠(状況・服薬等：)	

【 現況調査票 】

入居ご本人様の状況	移動	独歩 軽介助(使用) 車椅子(自操・介助) 不可
	食事	自立 時間を要するが自立 半介助 全介助 ご飯(普通・粥) おかず(普通・きざみ・ミキサー) その他()
	入浴	自立 一部介助 全介助 清拭
	更衣	自立 セッティングにて自立 一部介助 全介助
	整容	自立 セッティングにて自立 一部介助 全介助
	排泄	自立 【 トイレ・布パンツ・リハビリパンツ・その他()】 介助 【 トイレ・布パンツ・リハビリパンツ・その他()】
※該当する箇所を○で囲んでください	生活環境	1. 住居：持家(本人・家族)・借家 2. 専用部屋：有(1階・2階)・無 3. 寝具：布団・ベッド 4. 浴室：有(手すり：有・無)・無 5. トイレ：和式・洋式・ポータブルトイレ(手すり：有・無) 6. 家屋改造：有(手すり・段差解消・その他())・無
	補助具等	1. 眼鏡(有・無) 2. 補聴器(有・無) 3. 義歯(有・無) 4. 車椅子(有・無) 5. 補装具(有・無)
	嗜好	アルコール(を1日 本・合) たばこ(1日 本)
	介護サービス利用状況	○ 当法人のサービスを利用した事がありますか？ ある(施設名：) ・ ない
		○ その他の在宅介護サービスを利用していますか？ している(サービス名：) ・ していない
申し込み理由(特に知らせておきたい事項等がありましたら併せてご記入ください)		
入居のご案内をした際に即入居されるご意志はございますか？ ある ・ ない ・ その時にならないと分らない ・ その他()		