

認知症対応型共同生活介護 入居申込書

申込者

申込日

令和	年	月	日
----	---	---	---

受理日

令和	年	月	日
----	---	---	---

住所	〒		
氏名			続柄
電話		携帯	

グループホーム「ふきのとう」を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用者	フリカ`ナ 氏名					生年月日	大正 年 月 日 歳 昭和			
	住所	〒								
	被保険者番号						区分	要支援2・要介護1・2・3・4・5		
	認定期間	平成 令和	年 月 日		～ 令和 年 月 日					
身元引受人	フリカ`ナ 氏名					続柄	電話			
	住所	〒								
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	／					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	／					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	／					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	／					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	／					
待機場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 / 入院先病院名						入院日 平成・令和 年 月			
精神状況	認知症の診断名									
	主な精神症状	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 精神不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ話 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 無断外出(徘徊) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 作話								
		認知症高齢者の日常生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	
医療状況	医療機関									
	病歴									
生活歴	出身地・最終学歴・職歴・結婚歴・子供など									
収入	年金	国民・厚生・その他：				受給額	月 円			
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	その他	家族からの援助				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		月 円		
居宅介護 支援事業所	事業所名									
	担当CM									

※介護保険被保険者証の写しを添付してください。