

## 認知症対応型共同生活介護 入居申込書

申込者

申込日

平成	年	月	日
----	---	---	---

受理日

平成	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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 歳		
	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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
身元引受人	フリカ`ナ 氏 名		続柄		電話		
	住 所	〒 _____					
					携帯		
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 _____ 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					
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	事業所名						
支 援 事 業 所	担 当 C M						