

(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
 社会福祉法人中蒲原福祉会 グループホームこうよう 入居申込書

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
入居希望者 氏名		男 女	大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
現住所	〒	電話		
現在の 状況	<input type="checkbox"/> 自宅 (一人暮らし・高齢者世帯・家族と同居) <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名)			
希望理由 ・時期	<希望理由>		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> () 頃には入居したい	
介護保険	被保険者番号		保険者	
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援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		
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中		
	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V ※「主治医意見書」に記載されている内容を記入		
	担当ケアマネジャー		事業所名	
		電話		
医療の 状況	認知症 の診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	主な 認知症状			
	主な病歴			
	主治医		病院名	
生活の ご様子	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 付き添い・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える (生活に困らない程度) <input type="checkbox"/> 見えにくい (眼鏡あり・なし) <input type="checkbox"/> 見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる (生活に困らない程度) <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (補聴器あり・なし) <input type="checkbox"/> 難聴		
申込者 氏名	続柄	住所	〒	
	()	連絡先		
	<input type="checkbox"/> 入居希望者に関する必要な情報を貴施設が医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等と共有することに同意します。(左の□に✓を記入して下さい。)			

<事務処理欄>

受付No.	受付日：令和 年 月 日	受付者：
—	受付方法： <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 郵送	