申込日：令和　　年　　月　　日

グループホーム来夢の杜太田　入居申込書

申 込 者

〒　　－

住所

氏名　　（入居希望者との関係）

電話

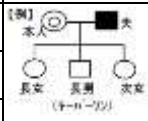
携帯電話

	ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和	年　月　日 満　歳	
	氏　名	男 女				
	住　所	〒　　―　　電話番号　　―　　―				
	介護保険	□要支援２	□要介護１	□要介護２	□要介護３	□要介護４	□要介護５
		被保険者番号			保険者（市町村名）	
		認定期間	年　月　日 ～　年　月　日		認定日	年　月　日
	健康保険	種　別		障害者手帳	種類	
		記　号			判定	
	認知症診断名	□アルツハイマー型認知症　□脳血管性認知症　□前頭側頭型認知症（FTD）				
		□レビー小体型認知症　□若年性認知症　□その他（　　）				
	診断を受けた医療機関			平成 ・ 令和	年　月頃	
	認知症の症状（具体的に）					
	現況（在宅）	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で夫婦で暮らしている　□自宅で子供と同居している				
		□在宅サービスの利用　デイサービス名（　　・　回／月）				
		ヘルパー（　回／週）　ショートステイ施設名（　　・　回／月）□なし				
		居宅介護支援事業所名				
		担当ケアマネジャー		連絡先		

入居希望者の状況	現況 （施設・病院等）	施設又は病院名		入院時期	年　　月　　日～	
		相談員等		連絡先		
	現況 （医療の状況）	医療機関名	（　　科）	主治医		
		医療機関名	（　　科）	主治医		
		医療機関名	（　　科）	主治医		
		病名：　　（　　歳頃発症）（ 治療継続 ・ 完治 ）				
		病名：　　（　　歳頃発症）（ 治療継続 ・ 完治 ）				
		病名：　　（　　歳頃発症）（ 治療継続 ・ 完治 ）				

日常生活状況	□視覚に障害がある　□聴力に障害がある　□言語に障害がある　□手足に障害がある						
	移動	□自分で可	□一部介助	□全介助	□独歩　□杖　□歩行器　□車椅子　□他（　　）		
	食事	□自分で可	□一部介助	□全介助	□普通食　□刻み食　□ペースト	とろみ	有・無
	排泄	□自分で可	□一部介助	□全介助	□トイレ □ポータブル □おむつ	便秘薬	有・無
	洗身	□自分で可	□一部介助	□全介助	入浴の頻度（　　回／週）　浴槽のまたぎ（可・不可）		
	更衣	□自分で可	□一部介助	□全介助	睡眠　良眠・不眠／ベッド・布団	眠　剤	有・無

入居希望状況	申込み状況	□当施設のみ申込み　□他施設も申込（施設名：　　）
	申込みのきっかけ	□ケアマネの紹介 □病院の紹介 □知人の勧め □施設見学して □その他
	その他の具体的な状況	

生活歴・家族構成	生まれ、育ち、生年月日、兄弟関係、最終学歴、職歴、結婚・子供の有無、死別時期などの生活歴や趣味、嗜好、特技、性格等どういう生活をされていたのか、ご本人の人となりを時系列に沿って記入してください。（別添添付可能）	
		家族構成 （申込者ご本人を中心に３世代程度の家族構成）
		

	入居者判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため、茨城県及び市町村から要請があった場合の情報提供、又は迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報共有および提供することに同意します。なお、入居申込後に入居希望者が死亡、施設・病院等への入所・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。 入居希望者　氏 名: 家　族　等　氏 名: