

みんなの家なかんじょ グループホーム

入居申込書

年 月 日

フリガナ		保 険 者					
氏 名		保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	性別	男・女	
現住所	〒						
ご本人の状況 ※当てはまるものに、レ印を付けて下さい。							
要介護度	自立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5 (認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)						
入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで、日常生活に支障が生じている <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢、病弱、就労、育児等のため介護が難しい <input type="checkbox"/> 他にも介護をしなければならない家族がいる <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退院(退所)を求められている <input type="checkbox"/> 介護保険の在宅サービス利用限度を超えるなど、費用負担が困難である <input type="checkbox"/> その他(介護で困っていることがありましたら、お書き下さい) { }						
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 認知症(ぼけ症状)あり⇒以下の当てはまる項目に、レ印を付けてください <input type="checkbox"/> 認知症(")なし <hr/> <input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無したり、誰かに物を盗られるような妄想がある <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が判らないなど、家のなかで迷う <input type="checkbox"/> 電話や留守電での受け答えが出来なくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある <input type="checkbox"/> 家の中をさまよって歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声をあげる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じことを何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる <input type="checkbox"/> その他の症状(以下にお書き下さい) { }						
身体の状況	<日常生活> ※次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに、1つ ○印を付けてください。 ア 身の回りのことは大抵自分で出来て、1人で隣近所へ外出できる イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要 ウ ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車イスを使用できる (車イスで座る姿勢が保てる) エ 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動きできず、全てに介助が必要						

