

グループホーム 入居申込書 (市内共通)

※太い線で囲まれているところをご記入ください

申込日		令和 年 月 日		受付担当者		施設		氏名		
受付日		令和 年 月 日								
申込者連絡先	ふりがな氏名							本人との続柄		
	住所	〒 遠野市								
	自宅電話	- -		携帯電話		- -				
入居希望者の状況	ふりがな				性別	生年月日	大・昭 年 月 日			
	氏名				男・女	電話番号	- -			
						携帯番号	- -			
	住所	〒 遠野市								
	介護保険情報	保険者	遠野市			要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
		被保険者番号				要介護状態区分	要支援2 要介護1・2・3・4・5			
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所中・入院中 他の施設に入所中若しくは病院に入院中の方は記入して下さい 施設名 _____ 所在地 _____ 市・町・村 入所期間もしくは入院期間：令和 年 月 日から 入所・入院している								
		入居を希望する理由	※該当する部分にチェックをしてください。複数チェック可 <input type="checkbox"/> 介護する者が居ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で、距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()							
	本人の入所の意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難								
	入所希望時期		<input type="checkbox"/> 早期希望 (空きがあり次第) <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先 <input type="checkbox"/> 将来のための申込							
医療の状況	治療中の疾患									
	現在受診している全ての医療機関をご記入ください									
	かかりつけの病院名									
	主治医							電話		

介護サービス状況	担当ケアマネジャー	事業所名					
		氏名		電話			
	現在利用中のサービス	訪問介護	回/週	通所介護	回/週	居宅療養管理指導	回/月
		訪問看護	回/週	通所リハ	回/週		
訪問入浴		回/週	ショートステイ	日/月			
訪問リハ		回/週	福祉用具	品目			

グループホーム以外の施設への申し込み状況	申込済みの施設名を記入して下さい					

身元引受人の情報	(ふりがな)			性別	生年月日		
	身元引受人氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日		
	住所	〒					
	本人との関係	続柄			同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	連絡先電話	第1			第2		
		時間指定の場合：午前・午後 時頃			時間指定の場合：午前・午後 時頃		
入居費用負担	<input type="checkbox"/> 本人負担のみ <input type="checkbox"/> 身元引受人負担一部あり <input type="checkbox"/> その他()						

本人の状況	
歩行動作	一人できる ・ 介助が必要 ・ できない (用具は何も使わない・杖・歩行器・車椅子)
食事	一人できる ・ 介助が必要 (普通食 ・ きざみ ・ トロミ ・ カロリー制限食)
排泄動作	一人できる ・ ズボンの上げ下げなど介助を要する ・ トイレでの排泄はできない
失禁状態	失禁はない ・ 時々失禁する ・ 常に失禁している
便秘	毎日排便がある ・ 2～3日に1回排便がある ・ 1週間に1回程度 (下剤服用 有・無し)
精神面	幻視がある ・ 幻聴がある ・ 被害妄想がある ・ 攻撃的な言動がある ・ 特にない
特記事項	

◎遠野市内への他のグループへも申し込みを希望します 希望する施設に☑をして下さい。

<input type="checkbox"/> グループホームおらのほの家 (下組町 11-49)	<input type="checkbox"/> グループホームあったかいごひといち (中央通り 5-25)
<input type="checkbox"/> あお空グループホーム青笹 (青笹町 11-3-11)	<input type="checkbox"/> グループホームひだまり上郷 (上郷町佐比内 46-23-2)
<input type="checkbox"/> グループホームかなえ (穀町 13-1)	

申込書に記載してある個人情報について、申し込み施設への共有について同意いたします。	
令和 年 月 日	同意者名

※申込を希望された施設から、後日申し込みを受理したご連絡をさせていただきます。

事務欄 (各施設でご活用ください)

面接日	契約日	入居予定日	部屋番号	施設長	担当者
/	/	/			

※申込受付担当者はこの申込書の写しを申請者へ必ずお渡しく下さい。