

グループホームメタセ 入所申込書

社会福祉法人旭悠会

グループホームメタセへの入所を申し込みます。

【申込日】
令和 年 月 日

1.入所希望施設

申込状況	施設申し込みの状況をお書きください。入所に対し不利益にはなりません <input type="checkbox"/> 上記施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込む(または今後申し込む予定) 施設名() () () ()
------	--

2.保証人(連絡先) ※郵便物の送付や入所についてのご連絡はすべてこちらになります

住所	〒 -		
氏名	続柄()	電話	①自宅: - - ②携帯: - -

3.入所希望者の状況

フリガナ		現況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(夫婦のみ・その他) <input type="checkbox"/> 病院に入院中・施設に入所中 ◇施設・病院名: (平・令 年 月頃から)
氏名	男・女		<input type="checkbox"/> その他()
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		
要介護度	要支援〔 〕 要介護〔 〕		
現住所	〒 -	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までに入所したい
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護者(介護する者)がないため <input type="checkbox"/> 介護者が〔高齢・障害・疾病・就労〕等の理由により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 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()		

現況調査票

令和 年 月 日 【記入日】

1.本人の状況〔入所希望者氏名： 〕

要介護度	支援2・介護1・2・3・4・5	被保険者番号																		
認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	保険者	<input type="checkbox"/> 習志野市 <input type="checkbox"/> 他市（ ）																	
認知症診断の種類	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側葉変性症																			

【認知症による行動】	(月1~2回程度) (週1~2回以上)			
	ない	少しある	やや多い	毎日ある
物を取られたなど、被害的になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
作り話をし、周囲に言いふらしたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
実際にはないものが見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然泣いたり笑ったりと感情が不安定になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間不眠あるいは昼夜逆転がみられる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
暴言や暴行がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しつこく同じ話をしたり不快な音をたてる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大声を出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「家に帰る」等と落ち着かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出するとひとりで戻れなくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひとりで外に出たがり、目が離せない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いろいろなものを集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や火元の管理ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物を壊したり衣類を破いたりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不潔な行為を行う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられないものを口に入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.在宅サービスの利用

居宅介護支援事業所名：	担当ケアマネージャー：
現在利用している サービス(事業所名)	<input type="checkbox"/> デイサービス ()
	<input type="checkbox"/> ショートステイサービス ()
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) ()
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ()
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()

3.他の要介護者 (入所申込者以外にも介護している要介護者がいる場合、ご記入ください)

他の要介護者の要介護度	要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5
-------------	----------------------------

4.医療・身体状況

※該当項目に○をつけて下さい

病名	既往歴
	現病
	通院
現在服用中の薬	
手術歴	(歳頃：) (歳頃：) 体内装置など： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり↓ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> 人口関節 <input type="checkbox"/> その他
感染症の有無	無・有 (感染症名)
歩行	独歩 (杖・歩行器) 車いす (自走： 可・不可) 寝たきり
立位	可能 ・ 少しの間 ・ つかまれば ・ 困難
座位	可能 ・ 背もたれがあれば ・ 困難 座位保持時間(分)
排泄	尿意 (ある・ない) 便意 (ある・ない) 排泄の方法： 自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助 排泄の場所： トイレ ・ ポータブル ・ オムツ
食事	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
食形態	主食： (白米・粥・ペースト) おかず： (常食・刻み・ペースト)
嗜好品	たばこ (1日 本) アルコール (1日 ml) その他 ()
入浴	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 声掛け見守り ・ 多少介助 ・ 全介助
麻痺等	
精神疾患	
視力	支障なし ・ 大きな字なら ・ 明暗がわかる程度 ・ 全盲
聴力	支障なし ・ 大きな声なら ・ ほとんど聞こえない ・ 聞こえない
意思疎通	可能 ・ やや困難 ・ その場のみ ・ 困難
記憶理解	普通 ・ 軽い物忘れ ・ 記憶困難

5.本人の年金状況

※該当項目に○をつけて下さい

(国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ 障害 ・ その他) 1か月あたり 万円
--

6.利用料の支払い

※該当項目に○をつけて下さい

負担者	1. 全額本人負担 2. 一部縁故者負担 3. 全額縁故者負担 ※上記2. 3. の場合は、下記にご負担者の氏名・連絡先を記入してください。
	ふりがな 氏名 続柄 (.....)

7.主たる介護者・家族等の状況

〔入所希望者氏名： 〕

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)
主介護者の氏名	続柄 () 男・女	世帯区分	<input type="checkbox"/> 申込者と同居(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> // (その他) <input type="checkbox"/> 申込者と別居
介護負担	重い・やや重い・軽い・なし		

【介護者の状況】

障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない <input type="checkbox"/> 障害や疾病があるが、介護可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のうち2項目程度の日常生活援助なら可能 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のような日常生活全般の援助が困難 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">項目：排泄・入浴・移動・着替え・食事</div> * 障害や疾病のある場合、その状況を記入してください ()
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している 就労日数 (日/週) 就労時間 (時間/日)
育児・家族※の看護の状況 ※入所申込者以外の家族	<input type="checkbox"/> 育児や家族の看護はしていない <input type="checkbox"/> 臨時的に、育児または家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 半日、育児または家族の看護をしている <input type="checkbox"/> 常時、育児または家族の看護をしている * 育児または家族の看護をしている場合、その状況を記入してください ()
介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 積極的に介護している <input type="checkbox"/> 普通に介護している <input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが、介護している <input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが、介護している <input type="checkbox"/> 介護は拒否している状態である

【介護の協力状況】

他の同居介護補助者の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (1日2時間程度以上または頻繁な補助がある場合) *続柄 () 日数 (日/週 程度)
別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *続柄 () 日数 (日/週 程度)
近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり *日数 (日/週 程度)

【介護について困っていること など】

--