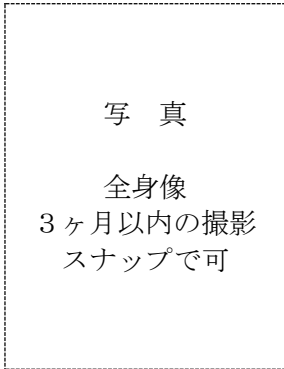


グループホーム黒川利用申込書

申込日 令和 年 月 日
 受付日 令和 年 月 日



フリガナ
 申込者氏名 _____ ㊟

入居希望者との関係 _____

次のとおり グループホーム利用を申し込みます。

撮影 平成 年 月 日

入居希望者名						
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日			年齢 歳	性別 男・女	
現 住 所	〒 電話					
収 入 状 況	年金等	種類		年額	円	
	その他収入	種類		年額	円	
	借入金	金額	円	借入先	期間	
利用料等支払者	1. 本人	縁故者の場合 氏名				
	2. 一部縁故者	続柄	職業			
	3. 全額縁故者	住所〒	電話			
要 介 護 認 定	未認定・自立・要支援 ()・要介護度 ()			血液型	型	
認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
介護保険被保険者証	保険者番号		被保険者番号			
居宅介護支援事業所名				介護支援専門員名		

生活状況	歩行	(つかまらないうで歩ける・手摺り使用・杖・歩行器・車椅子) 車椅子の場合→ (介助必要・介助不要)
	食事	・ご飯 (普通・柔らかめ・お粥) ・副食 (普通・刻み・極刻み) ・方法→ (箸・スプーン・フォーク・手づかみ・介助) ・量→ (多め・普通・少なめ・日によってムラがある) ・アレルギー (あり・なし) 具体的種類 () ・好きな食べ物 () ・嫌いなもの ()
	整容	・義歯→ (有り・無し) 歯磨き→自立・声をかければ自分でする・介助 ・洗面→自立・声をかければ自分でする・介助
	入浴	・自立 ・一部介助 (具体的内容) ・全介助 ・入浴の頻度 (毎日・週 回程度)
	排泄	・布パンツ (昼間・夜間・終日) ・紙パンツ (昼間・夜間・終日) ・失禁の有無 (有り・無し) ・昼→自分で行く・尿意の訴えがあった時付き添う・訴えないので時間を見計らって連れていく ・夜→自分で行く・尿意の訴えがあった時付き添う・訴えないので時間を見計らって連れていく 具体的な介助内容 ()
	着替え	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助
	対人関係	・協調的 ・積極的 ・消極的 ・その他 ()
	性格	・明るい ・気にしやすい ・短気 ・頑固 ・その他 ()
	精神状態	・安定している ・落ち着かない ・その他 ()
	物忘れ	・時々ある ・しばしばある ・すぐに忘れる
	理解	・時々できない ・ほとんどできない ・まったくできない
	認知症の症状	・徘徊 ・介護抵抗 ・暴力 ・大声 ・独語 ・収集癖 ・不潔行為 ・夜間不眠 ・その他 ()
	一日の生活等	※一日をどのように過ごされていますか？散歩、テレビ等。

	その他、介護上で困っていること	
健康状況	・健康 ・ほぼ健康 ・病弱 ・持病あり（病名）	
	治療中の病名	
	病院名	（主治医名）
	病院名	（主治医名）
	既往歴	（過去の大きな病気） 年 月
	最近5年間の主な病気	年 月
身体障害状況	・なし・あり	障害の部位 手帳 種 級
福祉・介護保険サービス	・利用なし ・利用あり	（利用しているサービス名） （頻度）
趣味・特技等 （過去・現在）		
社会的活動等 （過去・現在）		
略 歴 （生活歴・職歴等）		
入居希望の理由		

身元保証人 第一保証人 (後見責任者)	(自署) 氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	
第二保証人	(自署) 氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	
家族状況 (近親者)	氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	
	氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	
	氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	
	氏名 住所 〒	続柄	職業	年齢
			TEL	

	氏名 住所 〒	続柄	職業 TEL	年齢
	氏名 住所 〒	続柄	職業 TEL	年齢
	氏名 住所 〒	続柄	職業 TEL	年齢
	氏名 住所 〒	続柄	職業 TEL	年齢
備考				

