

グループホーム利用申込書（南相馬福祉会）

利用施設名【たんぽぽ 小高 石神】

申込日	年 月 日
-----	-------

申込者（連絡先）

申込書 記入者	氏名	⑨	本人との 関係	電話	()
主たる 介護者	氏名		本人との 関係	電話	()
	住所			携帯	()

利用希望者

ふりがな		男・女	生年 月日	明 大 昭	年 月 日	満 歳	
氏名							
現住所					電 話	()	
住民票 住所							
被保険者番号						障がい者手帳 (無・有)	手帳種類 () 級 ()
要介護度	要支援 2 1 2 3 4 5				有効期間 ~		
利用を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している (具体的に)						
現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 子供の家 <input type="checkbox"/> 施設(名称) <input type="checkbox"/> 病院(名称) <input type="checkbox"/> その他()						
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手方のご年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる(本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障がい者がいる						
主に介護している方について	主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中						
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある (具体的に)						

介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他行為（具体的に _____） <input type="checkbox"/> 認知症以外に病気がある（具体的に _____）

ご本人の状況

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ _____） ベッド動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 食事内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
清潔	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視覚	視覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴覚	聴覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない	
	相談できるケアマネージャーは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
	ケアマネージャーの氏名	事業所名
	電話（ _____ ）	
現在使っている介護サービスについて（該当するすべてにチェックを入れてください）	施設系 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス	
	在宅系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
その他（ご意見等）		

※介護保険被保険者証のコピーを添付してください。