

# 上高井戸大地の郷みたけ(グループホーム) 入居申込書

申込日年月日：平成 年 月 日

社会福祉法人 東の会  
上高井戸大地の郷みたけ 施設長 殿

申込者(連絡先)

住 所	〒 -		
(ふりがな)		電話番号	
氏 名		F A X	

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。(選択肢は○で囲ってください)

入 居 希 望 者	ふりがな										
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生( 歳)						性別	男・女			
住 所	(〒 - )					電話番号					
生 活 環 境	ひとり暮らし・夫婦で同居・申込者と同居・その他( )										
	入院中・入所中(特養・老健・有料老人ホーム・その他( )										
介 護 保 険 被 保 険 者 番 号	10桁の番号										
要 介 護 度	要支援2・要介護 1・2・3・4・5・申請中										
認 定 有 効 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
保 険・手 帳 関 係	・国民健康保険 ・後期高齢者医療保険 ・生活保護 ・障害者手帳( )級										
現 在 利 用 し て い る 介 護 サ ー ビ ス	担当ケアマネジャーの(居宅介護事業所名: )										
	訪問介護	週	回	デイサービス	週	日					
	訪問看護	週	回	ショートステイ	月	日					
	訪問リハビリ	週	回	その他種類							
	通所リハビリ	週	回								
現 在 通 院・治 療 中 の 病 気	主としている病院名:										
	既往歴					現病歴					
	①	年	月	頃	①	年	月	頃から			
	②	年	月	頃	②	年	月	頃から			
	③	年	月	頃	③	年	月	頃から			
④	年	月	頃	④	年	月	頃から				
利 用 料 等 経 費 支 払 い	1.本人負担	※左記番号のいずれかに○を、2. 3. の場合は下記に記入下さい									
	2.一部縁故者	縁故者の場合 氏名 続柄 【 】 住所									
	3.全額縁故者	職業									

◎入居を検討している理由を必ずご記入下さい。(具体的にお願いします)

--

◎現在のお体の状態を教えてください。(選択肢は○で囲ってください)

食事	自分で食べられる・食べられない・手伝いが必要	むせ込み	あり・なし
自分でできる家事等 ありますか	調理・洗濯・洗濯干し・掃除機かけ 草木の手入れ・買い物・支払い等	その他出来ることはありますか	
排泄	ひとりで出来る・出来ない・手伝いが必要	尿失禁	あり・なし
	トイレ・ポータブルトイレ・尿器 その他( )	便失禁	あり・なし
		尿意・便意	あり・なし
		下着	綿パンツ・紙パンツ 尿パッド・オムツ
入浴	ひとりで入れる・入れない・手伝いが必要 家庭の浴槽・施設の一般浴・施設の機械浴	お風呂は 好き・嫌い	
着替え	ひとりで出来る・出来ない・手伝いが必要	着間違え	あり・なし
歩行	できる(自立・見守り・杖歩行・つかまり歩き・歩行器)		ふらつき: あり・なし
	手伝いが必要(手引き歩行・杖歩行・つかまり歩き・歩行器・車椅子)		
	歩けない		
視力	ふつう・見えにくい・見えない	眼鏡	あり・なし
聴力	ふつう・大声なら聞こえる・聞こえない	補聴器	あり・なし
睡眠	普通・眠れないことが多い・不眠傾向・睡眠薬を使用(あり・なし)		
性格		趣味	
嗜好品	飲酒(飲む・飲まない) / タバコ(吸う・吸わない)		
認知症病名		認知症発症時期	年 月頃から
意思の伝達	伝えられる・ある程度できる・時々できる・できない		
認知症に伴う 現在の症状 (該当するすべてに○ をつけてください)	物忘れ・伝えてもすぐ忘れる・同じことを繰り返し言う・独りごとを言っている 感情不安定・被害妄想・幻聴・幻覚・暴言・暴力・昼夜逆転 ひとりで出て行こうとする(徘徊)・どこにいても帰りたがる・外出すると戻れない 不潔行為・異食(食物以外のもの口に入れる)・介護抵抗・収集癖 自殺願望・自傷(自分を傷つける行為)・他傷(他人を傷つける行為) その他( )		
その他で介助が必要 な場面があれば ご記入下さい			