

# グループホーム入居申込書

グループホームりんどうの里  
 管理者様

入居希望者(申込者)

申込日 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	介護保険 被保険者番号	
氏名		性別	男・女	要介護度	要支援2・要介護1・2・3・4・5
住所	〒 電話番号 ( )				

申込代理者

フリガナ		続柄		連絡先 電話番号	①
氏名					②
住所	〒				

入院・入所の有無

無 ・ 有 (入院・入所施設名 ) 入院・入所期間 年 ヶ月

担当ケアマネージャー

氏名		事業所名	
----	--	------	--

居宅サービス利用状況

サービス	事業所名	頻度	サービス	事業所名	頻度
訪問介護		週 回	通所介護		週 回
訪問看護		週 回	通所リハ		週 回
訪問リハ		週 回	通所療養		週 回
訪問入浴		週 回	短期入所		月 日

家族構成 ※同居別居に関わらず、申込者から見た家族構成をご記入ください。

氏名	続柄	年齢	性別	連絡先

収入・所得状況

国民年金	老齢基礎 ・ 遺族基礎 ・ 障害基礎	受給額	円/ 月 ・ 年
厚生年金	老齢厚生 ・ 遺族厚生 ・ 障害厚生	受給額	円/ 月 ・ 年
その他	船員 ・ 共済 ・ 基金 ・ 恩給	受給額	円/ 月 ・ 年
生活保護	無 ・ 有 (担当ケースワーカー: )		

申込者の状況

<b>身体状況</b>		<b>性格</b> （あてはまるものすべてにチェックを入れてください）	
身長	cm	体重	kg
視力（見える・見え難い・見えない）		<input type="checkbox"/> 朗らか	<input type="checkbox"/> 無口
聴力（聴こえる・聴こえ難い・聴こえない）		<input type="checkbox"/> 消極的	<input type="checkbox"/> 短気
言葉（話せる・話し難い・話せない）		<input type="checkbox"/> 社会的	<input type="checkbox"/> 協調的
意思疎通（できる・時々できる・できない）		<input type="checkbox"/> 親しみやすい	<input type="checkbox"/> 頑固
<b>日常生活動作</b>		<b>趣味嗜好</b> （あてはまるものすべてにチェックを入れてください）	
洗面（自立・一部介助・全介助）		<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 手芸
歩行（自立・一部介助・全介助）		<input type="checkbox"/> 散歩	<input type="checkbox"/> 買物
排せつ（自立・一部介助・おむつ）		<input type="checkbox"/> おしゃれ	<input type="checkbox"/> グルメ
食事（自立・一部介助・全介助）		<input type="checkbox"/> 囲碁、将棋	<input type="checkbox"/> 旅行
入浴（自立・一部介助・全介助）		<input type="checkbox"/> 書道	<input type="checkbox"/> 絵画
着替え（自立・一部介助・全介助）		<input type="checkbox"/> 読書	<input type="checkbox"/> カラオケ
<b>家事状況</b>		<b>住居状況</b>	
買物（本人・他者）		自宅（持ち家・借家）	
炊事（本人・他者）		建物（平屋建て・2～3階建て・高層住宅）	
洗濯（本人・他者）		自室（1階・2階・3階以上）	
掃除（本人・他者）		居室の広さ	
		畳（専用・共用）	
		トイレ（洋式・和式・その他）	
		寝具（ベッド・布団）	
<b>既往歴・疾患</b>			
年	月	～	年 月
		病名（ ） 医療機関名（ ）	
年	月	～	年 月
		病名（ ） 医療機関名（ ）	
年	月	～	年 月
		病名（ ） 医療機関名（ ）	

生活歴 その他(入居を希望する理由、認知症の症状等)

認知症の発症時期、認知症の診断を受けた年月日もご記入ください。