

(認知症対応型共同生活介護)

## グループホームくらし 利用申込書

年 月 日

グループホームくらし

施設長 殿

利用希望者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
本人以外が申請する場合は以下の代理人欄もお書きください

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

認知症対応型共同生活介護の利用を希望しますので介護保険被保険者証をグループホームくらしに提示して下記の内容により申込みをします。

ふりがな 氏名	男女	生年月日	明大昭	年	月	日	歳		
住所	電話番号 ( )								
介護保険被保険者番号				要介護状態区分					
				要介護度	1	2	3	4	5
認定期間		年	月	日	～	年	月	日	
グループホームへ入所を希望する理由									
入所希望時期		今すぐ入所を希望する			年 月ころまでに希望する				
家族及び親族の状況									
氏名	続柄	年齢	職業	連絡先	介護に協力できる曜日・時間				
緊急時の連絡先		氏名	連絡先			電話番号			
その他 (在宅介護を困難にしている問題)									

より良い入所準備をするために、以下の質問にお答えください

①現在、ご本人はどちらにいらっしゃいますか？

1: 病院                      2: 施設                      3: 自宅                      4: その他(                      )

②介護が必要となった直接の原因は何でしたか？

1:年齢と共に              2:病 気                      3:その他(                      )

1と答えた方にお聞きします。いつ頃から気になるようになりましてか？

わかる範囲でご記入ください                      年      月      日 頃      又は、      歳 頃

2と答えた方にお聞きします。いつ頃の何の病気でしたか？

わかる範囲でご記入ください                      年      月      日 頃      又は、      歳 頃  
病 名 (                      )      治 療 (      1: 入 院      2: 通 院      )

③現在の病状はいかがですか？また、かかり付けの医者はどこですか？

(病名/病状                      )

(かかりつけの病院                      ) (主治医                      )

④現在、病院／施設にいらっしゃる方にお聞きします。いつから入られていますか？

(病院名／施設名                      ) に      年      月      日 から )

⑤現在、ご自宅で介護されていらっしゃる方にお聞きします。

どのような介護保険のサービスを利用されていますか？

- ・ケアマネージャー      (事業所名                      )      担 当 者                      )
- ・通所介護／通所リハ      (事業所名                      )      頻 度                      )
- ・訪問介護 身体介護      (事業所名                      )      頻 度                      )
- ・訪問介護 家事援助      (事業所名                      )      頻 度                      )
- ・訪問入浴                      (事業所名                      )      頻 度                      )
- ・訪問看護                      (事業所名                      )      担 当 者                      )
- ・レンタル介護用品      (                      )                      )
- ・その他                      (                      )                      )

⑥入所判定に当たって特に配慮して欲しいことは何ですか？


⑦くらし以外に申込みをした施設・申込みをする予定の施設があればお書きください。

(                      ) (                      ) (                      ) (                      )

利用希望者または代理人      様

介護老人保健施入所判定に際し、必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、主治医意見書、並びに医療・介護に関わる内容を各関係機関から当施設への情報提供及び当施設と各関係機関との情報交換に同意いたします。

承諾者署名

印      利用者との続柄(                      )