

①グループホームブリランテ明石 ご利用申込書

年 月 日

お申込者	ふりがな		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
	住所	〒 電 話 - - 携帯電話 - -			

ご利用者様	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	
	住所	〒 電 話 - -			
	介護保険 認定期間	年 月 日 ~		介護保険 被保険者番号	
		年 月 日		医療被保険者証番号	
	介護度	要支援	要介護		
		支2	1・2・3・4・5	障害者手帳等	有 ・ 無
居宅介護支援事業所		ケアマネジャー		電話番号 - -	

ご家族構成	ご家族氏名	性別	生年月日	続柄	同・別居	連絡先
		男・女	年 月 日		同・別	
		男・女	年 月 日		同・別	
		男・女	年 月 日		同・別	
		男・女	年 月 日		同・別	
		男・女	年 月 日		同・別	

( ◎主介護者 ○補助介護者 ※上記介護者欄に記入 )

生活状況	<input type="checkbox"/>	独り暮らし		
	<input type="checkbox"/>	同居	(誰と )	在宅かかりつけ医
	<input type="checkbox"/>	入院中	(病院名: 年 月より入院中)	主治医等
	<input type="checkbox"/>	施設入所中	(施設名: 年 月より入所中)	主治医等

申し込み理由	
--------	--

※この用紙(両面)に必要事項をご記入のうえ、介護保険証、負担割合証のコピーを添えてお申し込みください。

## ②ご利用者の心身状況

項目	状況（□にチェックしてください）	特記事項（項目に関する困りごとなど）
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない	(眼鏡 有・無)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 少し遠い <input type="checkbox"/> 聞こえない	(補聴器 有・無)
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
主な疾病 (病名をご記入 ください)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 ( 自立・杖・歩行器 ) <input type="checkbox"/> 車椅子使用 ( 自分で操作 できる・できない )	
食事	<input type="checkbox"/> 1人で食べられる <input type="checkbox"/> 飲み込み問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みできない	(義歯 有・無)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
着替え	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要	
入浴	<input type="checkbox"/> 1人で入れる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 ( 一部・全面 )	
排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> トイレ誘導が必要 <input type="checkbox"/> 手を貸せばできる <input type="checkbox"/> オムツ交換	
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他( )	
趣味		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	( 有 の 場 合 ) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	

貴グループホームへの入所を申し込みます。  
また、本申し込み書①、②の記載事項に相違ありません

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

申込代理者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩