

グループホーム いちご月見の里 入居申込書

申し込み日：令和 年 月 日

受付スタッフ： _____



申込者

氏名			続柄		
住所	〒 _____		電話番号	自宅 携帯	
GHに空きが出来た時の連絡先（上記以外の方の場合）			TEL _____		

本人（入居希望者）

氏名	男 女		生年月日	大正 昭和	年	月	日	（ 歳）
住所	〒 福井市		電話番号					
住まいの現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家人と同居（家族構成： _____） <input type="checkbox"/> 入院中 補足（ _____）							
要介護度	要支援2	要介護1	2	3	4	5	申請中	被保険者番号
介護認定有効期間	H/R 年 月 日		～	H/R 年 月 日		まで		
介護保険の負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担							
かかりつけ医	例：〇〇病院 ■■■科 △△先生							
認知症診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> その他（ _____） <input type="checkbox"/> 「認知症」（診断名なし）							
治療中の病気			感染症	<input type="checkbox"/> あり（ _____） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
過去にかかった病気								
担当ケアマネジャー	氏名： _____		事業所名： _____					
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（ _____）							
入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない（独居など） <input type="checkbox"/> 介護者はいるが介護が困難 （ <input type="checkbox"/> 仕事がある <input type="checkbox"/> 育児している <input type="checkbox"/> 介護者も疾病や障害がある ） （ <input type="checkbox"/> 介護者も高齢 <input type="checkbox"/> 他の家族が病気、または介護必要 ） <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）							
経済状況	例：本人の年金にて支払い可 ※1か月の利用料およそ13～15万円							

※グループホームの入居条件

- ① 要支援2～要介護5の介護認定を受けた方（要支援1の方以外）
- ② 医師より認知症の診断を受けた方
- ③ 福井市内に在住している、住所がある（転入の場合は福井市に来て3か月経過必要）
- ④ 医療行為が必要なく、病状が安定している方
- ⑤ 自立した日常生活が継続でき、共同生活ができる方

※グループホームの目的・・・共同生活を通し認知症の進行を少しでも緩やかにする事

裏面に続く→→

グループホーム いちご月見の里 入居申込書

ADL（身体状況）

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
補助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車（シルバーカー） <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
おむつ類	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 尿パット（ <input type="checkbox"/> 市販 <input type="checkbox"/> 介護用） <input type="checkbox"/> おむつ		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下（ <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良）		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 理解少し難 <input type="checkbox"/> 理解難
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）		
性格	<input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> プライド高い		

認知症状

徘徊	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	帰宅願望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
収集癖	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	物盗られ妄想	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
短期記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
暴言	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	暴力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
妄想・作話	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

その他認知症状についてお困りの事や留意事項などあればお書き下さい

※事業所記入欄（スタッフ記入欄）



グループホームいちご月見の里

〒918-8011 福井市月見4-20-47

TEL : 0776-34-5515

FAX : 0776-34-7715