

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

グループホーム安塚やすらぎ荘 利用申込書

申込者(身元引受人)

住 所	〒
フリガナ	
氏 名	(入所希望者との続柄: )
電話番号	自宅 携帯

利用希望者氏 名	フリガナ	性 別	男 ・ 女		
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
現 住 所	〒 電話番号 ( )				
介 護 保 険	被保険者番号				保険者
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日			
現 況	自宅 (単身・同居) 施設 (病院) に入所 (入院) 中 名称 ( 年 月 日 ~ )				
生活暦	(出生地、学歴、職歴、結婚など)				
医療の状況	現在治療中の病気				
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
	既往歴				
	病 名	入院・通院医療機関名		期 間	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
				年 月 日 ~	
入所希望の理由					
本人の意向	<input type="checkbox"/> 入所を希望又は理解している <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 理解困難である <input type="checkbox"/> 知らせていない				

日常生活動作、身体状況		生活能力	
移 動	自立 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ その他（	食事作り	している ・ 援助されている
食 事	形態： 普通 ・ 刻み ・ その他（	掃 除	している ・ 援助されている
	方法： 自力 ・ 見守り ・ 一部介助	洗 濯	している ・ 援助されている
排 泄	日中： トイレ ・ PTイレ ・ 紙パンツ ・ 紙オムツ	電 話	できる ・ できない
	夜間： トイレ ・ PTイレ ・ 紙パンツ ・ 紙オムツ	金銭監理	している ・ 援助されている
入 浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助	特記事項(認知症の状況などを具体的に記入)	
着脱衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助		
視力障害	無 ・ 弱視(左 ・ 右) ・ 全盲		
聴力障害	無 ・ やや難聴(左 ・ 右) ・ 難聴		
言語障害	無 ・ 少し不自由 ・ 不自由		
会 話	普通 ・ 少し不自由 ・ 不可		
歯の状態	無 ・ 部分入れ歯(上 ・ 下) ・ 総入れ歯(上 ・ 下)		
サービス 利用状況	デイサービス(週 回) ショートステイ(月 日)		
	その他( )		

同居家族構成(本人含め 人)・・・ 配偶者 / 子(続柄 ) / 子の配偶者 / 孫( 人) / その他( )			
身元引受人含め、家族、子や兄弟など協力者、またキーパーソンなど *連絡できる順に記載ください。			
氏 名	続 柄	職 業	住 所(別居の場合) / 電話番号 *自宅、携帯など

担当の居宅介護支援専門員	氏 名		電話番号	
	事業所			

同意欄	<p>◆利用者及び家族の個人情報について、次に定める条件の範囲で使用することに同意します。</p> <p>①使用目的</p> <p>(1)利用者に関わるサービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供</p> <p>(2)介護支援専門員やサービス提供事業者及び行政機関との連絡調整に必要となった場合</p> <p>(3)施設で行う入所判定委員会での情報提供</p> <p>②個人情報の取り扱いとは必要最低限とし、次のことを守ること</p> <p>(1)提供された個人情報は第三者には漏らさない</p> <p>(2)提供された個人情報は目的以外に使用しない</p> <p>(3)個人情報を使用した会議や内容や相手方等について、経過を記録する。</p> <p>◆入所申し込みの際、「お申し込みの際の留意事項について」の内容を理解し、了承しました。</p> <p>◆貴事業所が介護認定調査票(及び主治医意見書)を市に申請し、使用することについて同意します。</p>
	<p>(利用者) _____ 印</p> <p>(申込者) _____ 印</p>