

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			
	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 ~)			
生活歴	(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 ~		
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"/> 知りっていない			

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・Pトイレ・紙パンツ・紙オムツ		電話	できる・できない
	夜間:トイレ・Pトイレ・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 (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 (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 (2)提供された個人情報は目的以外に使用しない (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>◆入所申し込みに際し、「お申し込みに際して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>
	(利用者) _____ 印
	(申込者) _____ 印