

# グループホームうちくる金沢苑 入居申込書

|       |          |
|-------|----------|
| 受付職員名 |          |
| 申込日   | 令和 年 月 日 |

申込者（連絡先）

2019年11月22日改定

|      |      |  |
|------|------|--|
| 〒 -  |      |  |
| 住所 : |      |  |
| フリガナ |      |  |
| 氏名 : | 続柄   |  |
| 自宅 : | 携帯 : |  |

|                  |   |   |     |                       |   |  |
|------------------|---|---|-----|-----------------------|---|--|
| 入居希望者の状況<br>生活状況 | フリガナ  |   | 性別  |                       | 要支援 2   |  |
|                  | 氏名  |   | 男・女 |                       | 要介護 1・2・3・4・5   |  |
|                  | 生年月日  | 明治<br>大正 年 月 日 ( 歳)<br>昭和   |     | 生活保護                  | <input type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給なし |  |
|                  | 住所  | 〒 -<br>※グループホーム金沢苑は地域密着型のため金沢市に住民票のある方しかご入居いただけません  |     |                       |   |  |
|                  | 現況  | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 病院や特養などの施設に入っている<br>※病院や施設に入っている方は以下を記入してください<br>◇病院又は施設名： 所在地（市町村名のみ）：<br>◇入院又は入所時期： 平成 年 月から入院・入所している  |     |                       |   |  |
|                  | 医療の状況   | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）<br>【現在治療中の病気・特記事項等】  |     |                       |   |  |
|                  |   | 医療機関名：<br>入居した場合、施設提携医院への変更を希望する： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもよい   |     |                       |   |  |
|                  | 在宅サービスの利用状況   | 居宅介護支援事業所名  |     | 介護支援専門員<br>(ケアマネージャー) |   |  |
|                  |   | <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） [月に 回程度]<br><input type="checkbox"/> 訪問介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [月に 回程度]<br><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション [月に 回程度] |     |                       |   |  |
|                  | 食事提供  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |     |                       |   |  |
|                  | 排泄  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 「おむつの使用」 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ昼夜 <input type="checkbox"/> オムツ夜のみ   |     |                       |   |  |
|                  | 入浴  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助  |     |                       |   |  |
|                  | 移動  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり  |     |                       |   |  |
|                  | 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  |     |                       |   |  |
| 聴力               | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない  |   |     |                       |   |  |
| 言語               | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい  |   |     |                       |   |  |
| 認知症              | <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症   |   |     |                       |   |  |
| 申込状況             | <input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> うちくるの別施設でも入居可能（ ）<br>【ご希望状況】： <input type="checkbox"/> 入居を正式に希望します <input type="checkbox"/> 他施設含め検討したい <input type="checkbox"/> 連絡して欲しい（ 月 日頃） |   |     |                       |   |  |

自由記入欄（申込者と身元引受人が異なる場合は身元引受人の氏名・住所・連絡先・続柄をご記入ください）