

施設記入	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	
	受付	

グループホーム鳳凰檳島 入居申込書

申込者

フリガナ 名 前		続柄	
住 所	〒 電話番号 ()		

入居希望者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏 名			男・女	明・大・昭 年 月 日 () 歳	
	自宅住所	〒				
	保険者番号			被保険者番号		
	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
	医療保険	1 国保 2 社保 3 後期高齢者 4 その他 ()			生活保護 適用	有 ・ 無
	認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ				
	障害高齢者の日 常生活自立度	J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2				
	障害者手帳	有 ・ 無	(等級) 級 種			
			(障害の種類)			
	年金受給	有 ・ 無	□国民 □共済 □厚生 □その他 () (月額 円程度)			
現在の住所	自宅等	住 所				
		居宅介護支援事業所名	電話番号			
		ケアマネジャー氏名				
	介護保険施設・ 一般病院等	施設・病院等の名称	(介護・医療)			
		入所・入院期間	年 月 ～ 年 月			
居住状況		□同居世帯 □昼間独居 □独居 □高齢者世帯				
家族状況	氏 名	続柄	同居 別居	別居の場合		
				住所	電話番号	

次のとおり、入居を申し込みします。

入居を希望する理由	
歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ）
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ） ☐ 〈おむつ使用〉 ・なし ・夜のみ ・常に使用
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ） ☐ 〈主食〉 ☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ お粥 ☐ ペースト ☐ 流動食 ☐ 〈副食〉 ☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ 刻み食 ☐ ペースト
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ） ☐ 〈入浴形態〉 ☐ 一般浴（個浴） ☐ 器械浴（ リフト浴 ・ 臥床浴 ）
認知症 症状	☐ 日付が分からない ☐ ウロウロする ☐ 家族の顔が分からない ☐ 幻覚・錯覚がある ☐ 動作が遅くなる ☐ 筋肉がこわばる ☐ 同じ動作を繰り返す ☐ 泣いたり怒ったりする ☐ 覚えていない物忘れがある
医療の 状況	現在治療中の病名・お薬 認知症（ ☐ 脳血管性 ☐ アルツハイマー型 ☐ レビー小体 ☐ 前頭側頭型）
	現在行っている医療処置 ☐ 経管栄養 ☐ インスリン注射 ☐ 人工肛門処置 ☐ 床ずれ ☐ バルーンカテーテル ☐ 在宅酸素療法 ☐ その他
	診察医療機関
	特記事項

■注意事項：要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合は、すぐに施設にお知らせください。