

No.

受付日: 令和 年 月 日 担当

グループホーム楽ちんの家 笑楽(わらく) 入居申込書

申込日: 令和 年 月 日 ※入居の条件: 要支援2~要介護5の方、認知症と診断の方

申込者 福井市在住の方、医療行為がなく、状態が安定している方

氏名	<small>フリガナ</small>	関係 続柄		住所	<small>〒</small>
連絡先	①	-	-	()	② - - ()

本人(入居希望者)

氏名	<small>フリガナ</small>	男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日	(歳)
住所	<small>〒</small>		電話番号		年金種類 (遺族・厚生・国民)			
住まいの現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居(家族構成:)		<input type="checkbox"/> 病院や施設()					
被保険者番号				要介護度		有効期限		~
担当ケアマネージャー	事業所:			Tel	担当者:			
現在利用中の介護サービス	ショートステイ・デイ週4回など							
かかりつけ医	病院名		主治医名		Tel			
認知症診断 (診断書や主治医意見書に記載)	<input type="checkbox"/> あり(診断名)		<input type="checkbox"/> なし					
治療中の病気	内服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	過去にかかった病気				

入居希望の理由: 具体的に記入

- 介護者がいない (一人暮らしのためなど)
- 介護者がいるが介護が困難 (身体的、精神的など)
- (仕事、介護者高齢、病気や障害など)

身体状況

- 歩行:** 自立 見守り 一部介助 全介助 **補助具:** 杖 押し車 歩行器 車いす
- 排泄:** 自立 一部介助 全介助 (布パンツ 紙パンツ 尿パット 紙おむつ その他)
- 食事:** 自立 一部介助 全介助 **嚥下:** 良好 やや不良 不良 トロミ きざみ
- 視力:** 普通 見えにくい 見えない **聴力:** 普通 やや難聴 難聴
- 性格:** 穏やか 普通 頑固 プライド高い **会話:** 普通 少し難 理解難
- その他状況を記入 (時々転倒をする、ポータブルトイレを利用、食べる時間が長いなど)

認知症状

- 徘徊:** ある 時々ある ない **帰宅願望:** ある 時々ある ない **暴言等:** ある 時々ある ない
- 物とられ妄想:** ある 時々ある ない **昼夜逆転:** ある 時々ある ない
- その他症状を詳しく記入 (何度も食事を要求、意欲低下、独語がある、そわそわして落ち着かないなど)

入居希望時期

- 今すぐ入居したい __年__月頃には入居したい 将来的な入居申込で今すぐではない

同意欄 福井市などから入居申込状況等を求められた場合、これらを報告、提出することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

印

※申込の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の写しを添付して下さい
 ※連絡先の変更、申込取り消し(他へ入所、死亡)などございましたら随時ご連絡ください