

グループホームふぁみりあ入居申込書

記入日 令和 年 月 日

No. 1

介護保険被保険者番号				要介護度			
要介護認定有効期間		令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日			
フリガナ				生年月日		大正・昭和 年 月 日 (歳)	
利用者氏名		印					
利用者住所		〒		電話番号			
申込者氏名	フリガナ			続柄			
	氏名	印					
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		(歳)			
	住所	〒					
	電話番号	(自宅)		(携帯)			
	勤務先			(電話番号)			
入居希望施設							
申込理由 (具体的に記入して下さい)							
家族状況	氏名	続柄		生年月日		職業	
【住居の状況】							
☐ 自宅 ☐ 公営住宅 ☐ 借家 ☐ アパート ☐ 借間 ☐ その他 ()							
【本人の性格・趣味】							
【健康保険】							
☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 生活保護受給 ☐ その他 ()							
後期高齢者医療被保険者証 ☐ 有 ・ ☐ 無 重度身障者医療 ☐ 有 ・ ☐ 無							
身体障害者手帳 ☐ 無 ・ ☐ 有 (種 級) (障害名)							
介護保険料の段階 ☐ 第5段階以上 ☐ 第4段階 ☐ 第3段階 ☐ 第2段階 ☐ 第1段階							
本人の収入状況	種別 (年金含)		年収		備考		

グループホームふぁみりあ入居申込書

No. 2

生活歴 (出生) (学歴) (職歴)	年 月 日		事 由	
	身 体 状 況			日 常 生 活 動 作
身 長	c m		歩 行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
体 重	k g			杖 ・ 車椅子
視 力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲			その他 ()
聴 力	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴		排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
言 葉	☐ 普通 ☐ 少し不自由 ☐ 不自由		食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
床ずれ	☐ 無 ☐ 有 ()		入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
オムツ	☐ 無 ☐ 有 (昼間 ・ 夜間のみ)		更 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
性 格	☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 凝り性 ☐ 気にしやすい			
	☐ 人にとけ込めない ☐ 好き嫌が多い ☐ わがまま ☐ がんこ ☐ 短気			
	☐ 無口 ☐ 融通がきかない			
対 人 関 係	☐ 拒否的 ☐ 普通 ☐ 協調的である			
認知症の診断名	☐ アルツハイマー型 ☐ レビー小体型 ☐ 前頭側頭型 ☐ 脳血管性 ☐ そ の 他 ()			
行 動 障 害				
攻 撃 的	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
徘 徊	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
妄 想	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
幻 覚	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
ひどい物忘れ	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
不 穏 興 奮	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
不 潔 行 為	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
失 禁	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
昼 夜 逆 転	☐ 重 度	☐ 中 度	☐ 軽 度	☐ 該当なし
自 傷 行 為	☐ あ る	☐ な し		
火の取り扱い	☐ できる	☐ できない		