

入居申込みの記入と提出書類について

施設		グループホーム壺分町ちどり [認知症対応型共同生活介護]		チ エ ッ ク 欄
要件		① <u>要支援 2～要介護5の方</u> ② <u>生駒市内に住所（住民票）をお持ちの方</u> ③ <u>認知症の診断を受けている方</u>		
提 出 書 類	①	入居申込書兼台帳（家族様をご記入下さい）		
	②	個人情報使用同意書（ご本人か家族様をご記入下さい）		
	③	介護保険証のコピー		
	④	認定調査票（基本調査）のコピー		
	⑤	主治医意見書のコピー		
	⑥	その他、医療に関する客観的な情報（下記参照）		

★④認定調査票(基本調査)のコピー・⑤主治医意見書のコピーについて

生駒市介護保険課認定係で「要介護・要支援認定関係情報提供申出書」に必要事項を記入した上で入手され、当方に提出していただくこととなります。

★⑥その他、医療に関する客観的な情報について

以下に関する資料があればご提出下さい。様式は問いません（全て揃わなくも結構です）

現在の疾患状況	今、罹っている病気について
既往歴	これまでに罹った病気について
現在の服薬内容	現在飲まれている薬に関する情報
感染症の有無	HCV（C型肝炎） HBs（B型肝炎） TPHA（梅毒）の感染症の有無
血液検査の結果内容	直近で実施された血液検査の結果

[⑥資料の例]

- ☐ 老人保健施設等に入所される際に提出された診療情報提供書のコピー
- ☐ 市町村等が実施する健康診断の結果のコピー
- ☐ 過去に医療機関で血液検査をされている場合、その検査結果のコピー
- ☐ 薬局で貰う薬剤情報（薬の写真や名前が書いてあるもの）や、おくすり手帳のコピー

★お申し込み後に介護度が変更となった場合は、新しい介護保険証のコピー・認定調査票の
コピー・主治医意見書のコピーを再度ご提出ください。

グループホーム壱分町ちどり

入居申込書兼台帳 指定地域密着型サービス [認知症対応型共同生活介護]

申 込 者 連 絡 先 (家族等代理の方の場合)	氏名：	続 柄		施 設 記 入 欄	申 込 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日	
	〒				受付番号			担当者名	
	住所：				法 人 名	社会福祉法人 晋栄福祉会			
	電話 番 号				入居申込 施 設 名	グループホーム壱分町ちどり			

今後、郵便物などはこの連絡先にお送りさせていただきます。↑

本 人 の 状 況	(フリガナ)		性別	保険者(番号)										生	駒	市	2	9	2	0	9	4	
	氏 名		男 女	被保険者番号																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)	要 介 護 度	要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5																
	要 介 護 認 定期間	平 成	年	月	日 か ら	認 定 申 請 予 定 日	平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください																
	自 宅 住 所	〒										電 話 番 号											
	現在の居所 ※自宅以外 に居住して いる場合に 記入	☐ 自宅で単身 ☐ 高齢者のみの世帯 ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 他の施設や病院に入っている 施設・病院 の 名 称										所 在 地	〒 ー										
	入 居 申 込 理 由 ※複数チ ェック可	☐ 寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等、日常生活全般に介助が必要な為 ☐ 認知症などにより、常時の見守り・介護が必要なため ☐ 介護者がいない、介護者が入院等で介護できないため ☐ 介護者が高齢・疾病・育児・就労・別居(遠方)等のため、介護が困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため ☐ 利用したい在宅サービスが充分ではないため(夜間訪問看護など) ☐ 居住環境の事情(狭い・改修不可能・立地・地形上など)により十分な介護が困難なため ☐ 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため ☐ 介護保険の居宅サービス給付の区分支給額を超える等、経済的負担が大きい その他 ()																					
	本 人 の 入 居 意 向	☐ 入居を希望している ☐ 迷っている ☐ 拒否している ☐ 知らせていない ☐ 認知力低下により理解困難																					
	在 宅 介 護 継 続 期 間	年 月 日					居宅サービスの利用の有無					☐ 有(下記についても記入してください) ☐ 無											
	申込日前月 に利用中の サ ー ビ ス (月 分)	訪 問 介 護	回/月	訪 問 入 浴	回/月	訪 問 看 護	回/月	通 所 介 護	回/月	通 所 リ ハ	回/月	居 宅 療 養 管 理 指 導	回/月	通 所 介 護	回/月	福 祉 用 具 貸 与	品 目	短 期 入 所 生 活 介 護	日/月	短 期 入 所 療 養 介 護	日/月		

本人の状況	入居希望時期	☐ 早期希望（１～３か月内） ☐ ６か月以内 ☐ １年以内 ☐ １年以上（ ）年以内				
	利用している居宅介護支援事業所名	電話番号：	担当ケアマネジャー名			
	他施設への申込状況	☐ 当該施設のみ申込み ☐ 他の施設〔特養・老健・療養型・病院〕にも申込んでいる（予定も含む）（ 箇所） 既に申し込んでいる他の施設名（ ）（ ）（ ）				
	家族構成	本人・・・◎ ◎——		自由記入欄		
本人の状況	生活状況	移動・移乗	歩行・杖・歩行器・押し車・車椅子		介助	自立・一部介助・全介助
		食 事	主食/ 普通・粥		介助	自立・一部介助・全介助
			副食/ 普通・一口大・きざみ・極きざみ			
		排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ（布パンツ・紙パンツ・パット）		介助	自立・一部介助・全介助
		入 浴	一般浴 ・ リフト浴		介助	自立・一部介助・全介助
	身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない（メガネ/ 有・無）			
		聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない（補聴器/ 有・無）			
		発 語	普通・やや不自由・不自由		身 長	c m
		理解力	普通・分かりにくい・分からない		体 重	k g
		精神状態	安定・不安定（幻覚・興奮・攻撃・他 ）			
	健康状況	現疾患		既往歴		
		主治医	病院名 病院 / 医師名 Dr / TEL			
		医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他（ ）			
		感染症	無・有（ ）	アレルギー	（ 無・有 ）	
		皮膚刺激	普通・弱い（ ）	麻痺	（ 無・有 ）	
		便秘	無・有（服薬：無・有）	拘縮	（ 無・有 ）	

		睡眠	良・不良(服薬:無・有)	褥瘡	(無・有)
		嚥下	異常なし・むせる・つめる	湿疹	(無・有)
		入れ歯	無・有(上・下・部分)	口腔清拭	(不要・要)

認知症の症状	意志の伝達	出来る	時々出来る	時々出来ない	出来ない
	会話の理解	出来る	時々出来る	時々出来ない	出来ない
	意思疎通	出来る	時々出来る	時々出来ない	出来ない
	認知症で困っていること 行動・症状など	物を盗られた等被害的になる事がある	ある	時々ある	ない
		実際にはないものが見えたり聞こえたりする	ある	時々ある	ない
		泣いたり笑ったりして感情が不安定になる	ある	時々ある	ない
		夜間の不眠、または昼夜逆転がある	ある	時々ある	ない
		何度も同じ話をしたり、不穏な音を立てることがある	ある	時々ある	ない
		大きな声を出す事がある	ある	時々ある	ない
		声掛けや介護を極端に嫌がられる事がある	ある	時々ある	ない
		目的無く動き回られたり、外に出ようとされたりする	ある	時々ある	ない
		色々な物を集めたり、無断で持ってくる事がある	ある	時々ある	ない
		火の始末や管理が出来ない	ある	時々ある	ない
		物を壊したり、衣類を破いたりする事がある	ある	時々ある	ない
		不潔な行為(排泄物を触る 入浴を嫌がる等)がある	ある	時々ある	ない
食べられない物を口にしたり、人の物を食べる	ある	時々ある	ない		

「現在の困り事などご記入下さい」

主たる介護者の状況	フリガナ		性別	年齢	本人との関係	続柄 () ☐ 同居 ☐ 別居
	主たる介護者の氏名		男・女	満歳		住所 〒 —
						電話番号: ()
	就労状況	就労中 ・ 共働き ・ 育児 ・ その他 ()				
	その他介護者	無 ・ 有 (子 ・ 兄弟 ・ 親戚 ・ その他)				
	区分	持ち家 ・ 借家 ・ 高層住宅 階 (エレベーター 有 ・ 無)				
	住宅改修	可 ・ 不可 ・ 改修済 ()				
立地等	在宅サービス利用に問題点 無 ・ 有 (送迎 ・ 訪問 ・ その他)					

	入居申込にあたり、その手続きについて説明を受けました。
	平成 年 月 日 氏名: _____

- 注1 入居のための待機中に、当施設以外の施設に入居が決定した場合、または要介護度や連絡先、介護保険の状況等について変更がありました場合は、速やかにご連絡をお願い致します。
- 注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注3 入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- ・入所(利用)決定に関する協議に必要な場合。
- ・事業者が、介護保険法等に関する法令に従い、施設サービス計画作成や施設サービスを円滑に実施するためのサービス担当者会議などを開催する等や主治医の連携のために必要な場合。

2. 使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、上記に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外に個人情報が漏れることの無いよう細心の注意を払うこと。
- ・目的以外で利用する場合は、本人の同意を得るものとする。

3. 個人情報の内容

- ・基本情報(氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況など利用者や家族の個人に関する情報)
- ・申込み用紙記載事項、認定調査票、主治医意見書、認定結果通知書
- ・その他情報(サービスを提供するために必要なものに限る)

以上

平成 年 月 日
社会福祉法人 晋栄福社会 様

[利用者] 住所

氏名

印

[ご家族] 住所

氏名

印 (続柄)

[代理人] 住所

氏名

印 (続柄)

[本人の意思が確認出来ない場合は、代理人欄の記載が必要です]