

社会福祉法人 近江薫風会
スマイルグループホーム（ご入居・ご体験入居）申込書

申込日 年 月 日 申請者 氏名： _____ (印)
住所： _____

電話番号： _____

ご入居希望者とのご関係： _____

| | |
|-------|--|
| 待機者登録 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
|-------|--|

| | | | | |
|---------|-------------------|-----|-------|------------------|
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | (明治 ・ 大正 ・ 昭和) |
| ご入居希望者名 | | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 生 |
| ご住所 | 〒 _____ | | | |
| 電話番号 | (_____) - _____ | | | |

| | |
|-------|-------|
| ご希望理由 | _____ |
|-------|-------|

| 同居ご家族に関する情報 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 性別 | 備考欄 |
|-------------|----|----|--------------------|----------|-----|
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |
| | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 歳 男・女 | |

| | | | |
|---------|----|---------|------------------------------|
| | 氏名 | 利用者との関係 | 住所 ・ 電話番号 |
| 身元お引き受人 | | | 住所 電話番号 (_____) - _____ |

| | | | |
|---------|------|--|------------------------------|
| 緊急連絡先 1 | | | 住所 電話番号 (_____) - _____ |
| | 携帯番号 | | e-mail |

| | | | |
|---------|------|--|------------------------------|
| 緊急連絡先 2 | | | 住所 電話番号 (_____) - _____ |
| | 携帯番号 | | e-mail |

| | | | |
|----------|--|------------|--|
| 介護保険保険者名 | | 介護保険被保険者番号 | |
|----------|--|------------|--|

| | | | |
|------|--|--------|---------------|
| 要介護度 | | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|------|--|--------|---------------|

| | |
|---------------------|-------|
| これまでにご利用した他のサービスと頻度 | _____ |
|---------------------|-------|



| | | | | | | |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------|--|--|
| 身体状況について | ・移動 | 使っていない ・ 使っている (杖 ・ 車椅子 ・ 歩行器) | (詳細) | | | |
| | ・歩行 | 独歩 ・ 見守れば可 ・ 伝い歩き 歩行介助 ・ 歩行不可 | | | | |
| | ・排泄介助 | 不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 紙パンツ・紙パット・失禁パンツ | | | | |
| | ・食事 | 主食 | 普通・粥・() | | | |
| | | 副食 | 普通・キザミ・() | | | |
| | ・食事介助 | 不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | | | |
| | ・入浴介助 | 不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | | | |
| | ・着替え介助 | 不要 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | | | |
| ・服薬管理 | 有 ・ 無 | | | | | |
| ご病気に関する情報 | (ご病気名) | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| これまでにかかったご病気や、治療中の病気 | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | |
| ・アレルギー | 有 ・ 無 () | | | | | |
| 制度利用状況 | <input type="checkbox"/> 生活保護 | | <input type="checkbox"/> 高額介護サービス費該当 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 地域福祉権利擁護事業 | | <input type="checkbox"/> 公費負担医療 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 成年後見制度 | | | | | |

担当ケアマネジャーの意見

| | | | | |
|----------------------------------|--|----------------|--|--------|
| 事業所名 | | ご担当 ケアマネジャー | | |
| TEL | | FAX | | e-mail |
| 認知症対応型共同生活介護を利用する必要性について記入してください | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |