

利 用 申 込 書

社会福祉法人県央福祉会

申込日 令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

グループホーム花みずき

代表者 村山 裕子 様

| | | | |
|-------------|--|-------------------------|----------------------|
| ふりがな 申込者 | | 利用者との続柄 | 問い合わせ連絡先 電話番号 () |
| 住 所 | 〒 — | | |
| ふりがな 利用者 | 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 才 | |
| | 性別 | 男 女 | |
| 住 所 | 〒 — 三条市 | | 電話番号 () |
| 介護保険 情報 | 要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 | | |
| | 被保険者番号 | | 保険者名 三条市 |
| | 認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| | 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 | | |
| 障害者手帳 | 身体障害者手帳 | 有 無 () 種 () 級 障害名 () | |
| | 精神障害者保健福祉手帳 | 有 無 () 級 | |
| 医療の状況 | 主治 医 | 医療機関名 | 診療科 医師名 |
| | | 他医療機関名 | 診療科 医師名 |
| | 認知症の診断 有 無 アルツハイマー型認知症・レビー小体型認知症・脳血管性認知症・その他 () | | |
| | 医療機関名 医師名 | | |
| | 【現在治療中の病気】 | | |
| | 病名 | 入院・通院医療機関 | 期間 |
| | | | 年 月 ~ |
| | | | 年 月 ~ |
| | 【既往歴】 | | |
| | 病名 | 入院・通院医療機関 | 期間 |
| | | 年 月 ~ 年 月 | |
| | | 年 月 ~ 年 月 | |
| | | 年 月 ~ 年 月 | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅（単身・同居） | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設（病院）に入所（入院）中 名称 (年 月 日~) | | |
| 介護支援 専門員 | 事業所名 | | |
| | 担当介護支援専門員 | 電話番号 | |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|----|---------------------|---------|
| 日常生活 | 移動：自力 杖 歩行器 介助歩行 車いす | | | 睡眠：良・不良 | 眠剤：有・無 |
| | 食事摂取：自立 介助（ ） | | | 視力：生活に支障あり・生活に支障なし | |
| | 食事形態：主食） 常食・粥 その他（ ） 副食） 常食・一口大・刻み・その他（ ） | | | 聴力：生活に支障あり・生活に支障なし | |
| | 排泄：布パンツ・紙パンツ・紙おむつ・その他（ ） 自立・介助 失禁：有・無 | | | 調理：できる・できない・していない | |
| | 入浴：座位浴・家庭浴・その他（ ） 自立・介助 更衣 自立・介助 | | | 掃除：できる・できない・していない | |
| | | | | 金銭管理：できる・できない・していない | |
| | | | | 服薬管理：できる・できない・していない | |
| 意思表示：会話が成立する・会話が成立しない | | | | | |
| 特記事項： | | | | | |
| 心理状態 | 攻撃的行為 | 1 なし 2 攻撃的な言葉 3 乱暴なふるまい 4 他人に暴力をふるう | | | |
| | 自傷行為 | 1 なし 2 自分の衣類を破く 3 自分の体を傷つける 4 自殺意図がある | | | |
| | 徘徊 | 1 なし 2 する時がある 3 時々する 4 常時する | | | |
| | 不穏興奮 | 1 なし 2 興奮して騒ぐことがある 3 時々興奮して騒ぐ 4 常に興奮して騒ぐ | | | |
| | 不潔行為 | 1 なし 2 衣類を汚すことがある 3 所かまわず排泄する 4 糞尿をもてあそぶ | | | |
| | 特記事項 | | | | |
| 家族状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 連絡先 | |
| | | | | | 同居 / 別居 |
| | | | | | 同居 / 別居 |
| | | | | | 同居 / 別居 |
| | | | | | 同居 / 別居 |
| 現在利用 | サービス種別 | サービス事業所 | | | 利用回数 |
| | 通所介護 | | | | 回/週 |
| | 通所リハビリ | | | | 回/週 |
| | 短期入所 | | | | 日/月 |
| | その他 | | | | |
| 留意事項 | <p>本サービス利用申し込みの際に記載した事項に変更があった場合は必ず当施設にご連絡下さい。</p> <p>【連絡先】〒955-0163 三条市島潟 221 番地 1 電話 0256-46-5500</p> <p>グループホーム花みずき 管理者 長谷川 将也 FAX 0256-46-5874</p> | | | | |
| 説明確認及び情報収集に係る同意 | <p>私は、貴サービス利用申し込みの際し、サービス利用申し込みからサービス利用契約までの手続きについて施設から説明を受けました。</p> <p>尚、サービス利用申し込みにあたり、円滑なサービス利用を目的として、介護保険事業者及び関係機関等からの情報収集及び情報提供に同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>利用希望者 利用希望者の家族 又は代理人</p> <p>※ ご利用の申し込みをされました方が署名捺印できない場合は、代理人の方に署名捺印をお願い致します。</p> | | | | |