

# グループホーム フレンズハウス 申込書

|       |
|-------|
| ※紹介会社 |
|       |

代表取締役 奥村 文章 様

|     |          |
|-----|----------|
| 生保  | 受給 ・ 非対象 |
| 申込日 | 令和 年 月 日 |
| 受付者 |          |

入居を希望しますので、下記のとおり申し込みます。

|            |      |                           |    |     |         |                |   |   |  |  |
|------------|------|---------------------------|----|-----|---------|----------------|---|---|--|--|
| 入所希望者      | ふりがな |                           | 性別 | 男・女 | 生年月日    |                |   |   |  |  |
|            | 氏名   |                           |    |     | 明・大・昭   | 年              | 月 | 日 |  |  |
|            | 住所   | 〒 - TEL( - - ) FAX( - - ) |    |     |         |                |   |   |  |  |
| 被保険者番号     |      |                           |    |     | 要介護度    | 要支援2 1 2 3 4 5 |   |   |  |  |
| 保険者番号      |      |                           |    |     | 保険者     |                |   |   |  |  |
| 初回要介護認定年月日 |      |                           |    |     | 認定の有効期間 |                |   |   |  |  |

※ 上記(初回要介護認定年月日以外)は、入居希望者の介護保険被保険者証から転記願います。

|     |      |                           |           |  |
|-----|------|---------------------------|-----------|--|
| 申込者 | ふりがな |                           | 入居希望者との続柄 |  |
|     | 氏名   |                           |           |  |
|     | 住所   | 〒 - TEL( - - ) FAX( - - ) |           |  |
| 連絡先 | ふりがな |                           | 入居希望者との続柄 |  |
|     | 氏名   |                           |           |  |
|     | 住所   | 〒 - TEL( - - ) FAX( - - ) |           |  |

※ 申込者以外の方へ連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入下さい。

|              |                                            |                                          |
|--------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 入所希望事業所(複数可) | <input type="checkbox"/> フレンズハウス草平 (中川区)   | <input type="checkbox"/> フレンズハウス大塩 (中川区) |
|              | <input type="checkbox"/> フレンズハウス中島新町 (中川区) |                                          |
|              | <input type="checkbox"/> フレンズハウス七番町 (港区)   | <input type="checkbox"/> フレンズハウス大西 (港区)  |
|              | <input type="checkbox"/> フレンズハウス古新町 (熱田区)  |                                          |
|              | <input type="checkbox"/> どちらでも可            |                                          |
|              |                                            |                                          |

|      |                                    |                                                 |
|------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 申込状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込む | <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。 |
|      | 既に申し込んでいる施設名                       | ( )                                             |
|      |                                    | ( )                                             |
|      | 申込予定施設名                            | ( )                                             |
|      | ( )                                |                                                 |

※ 申込書に添えて提出する書類

- 1、入所希望者の介護保険被保険者証 (写)
- 2、直近のサービス利用表及び別表 (写)・・・現在、在宅でお過ごしの方のみ提出してください。

入所希望者の状況

※ 該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

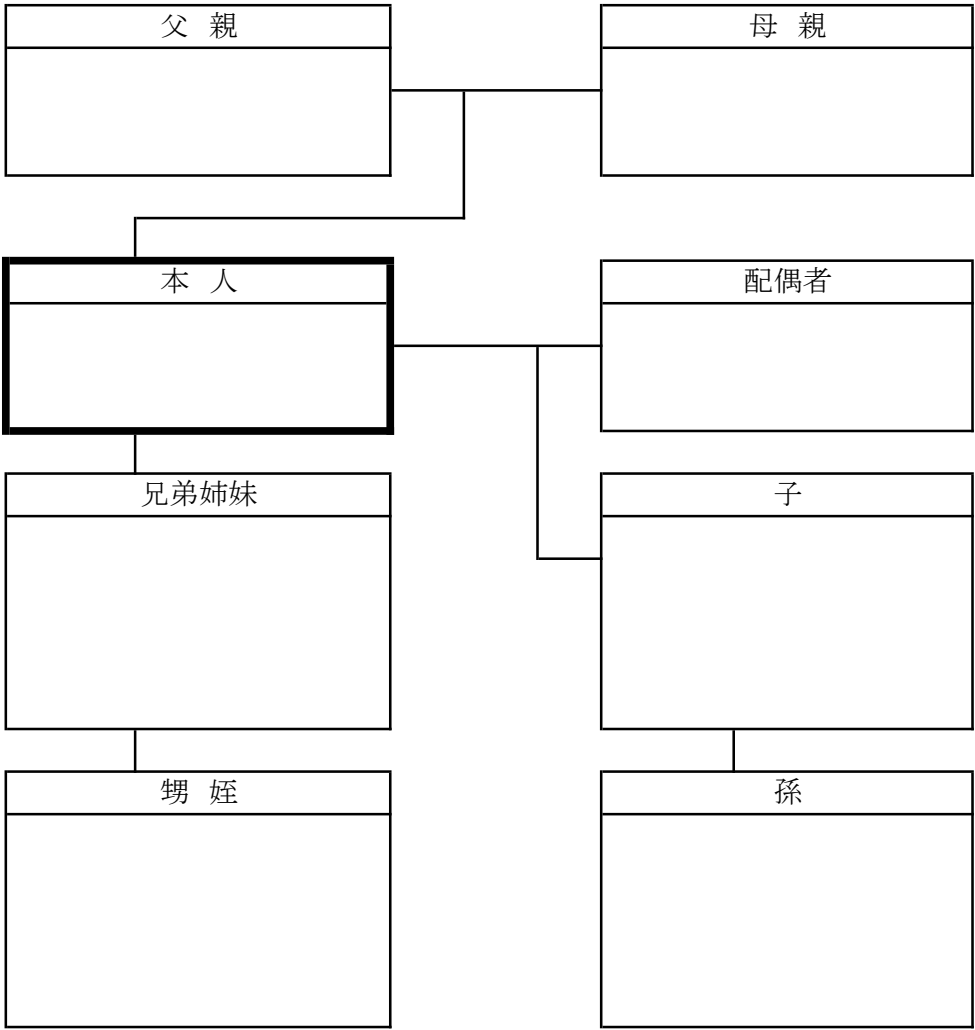
|                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                                   |                                   |
|-----------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 現在の居所                             |        | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている<br><input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入所している<br>施設又は病院名( )<br>施設等へ入所又は入院した時期 ( 昭和・平成・令和      年      月      から )                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                   |                                   |
| 入所希望時期                            |        | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 (                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                   |                                   |
| 入所を希望する理由<br>(該当するものをいくつか選んでください) |        | <input type="checkbox"/> 介護する者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため<br><input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい<br><input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため<br><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) |                                  |                                   |                                   |
| 医療に関する状況                          |        | <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 現在治療中の病気 (                      )                                                                                 |                                  |                                   |                                   |
| 認知症による行動・心理症状                     |        | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )                                                                                           |                                  |                                   |                                   |
|                                   |        | <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度<br><input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                                   |                                   |
| 介護に関する状況                          | 飲水食事摂取 | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 排 尿    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 排 便    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 入 浴    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 歩 行    | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 衣服着脱   | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 見守り     | <input type="checkbox"/> 一部介助     | <input type="checkbox"/> 全介助      |
|                                   | 視 力    | <input type="checkbox"/> 普通                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> やや見えにくい | <input type="checkbox"/> かなり見えにくい | <input type="checkbox"/> 全く見えない   |
|                                   | 聴 力    | <input type="checkbox"/> 普通                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> やや聞えにくい | <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい | <input type="checkbox"/> 全く聞えない   |
|                                   | 意思の伝達  | <input type="checkbox"/> 普通                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> やや伝えにくい | <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい | <input type="checkbox"/> 全く伝えられない |

|                                      |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             |                            |     |                            |    |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----|
| 主たる介護者の有無                            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 有 |     | <input type="checkbox"/> 無 |    |
| 主たる介護者の状況                            | ふりがな                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                             | 性別                         | 男・女 | 生年月日                       | 続柄 |
|                                      | 氏名                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                             |                            |     | 明・大・昭・平<br>年 月 日 ( 歳 )     |    |
|                                      | 居住関係                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所 : _____)<br>入所希望者宅までの所要時間 ( _____ 分)                                                            |                            |     |                            |    |
|                                      | 就労状況                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 終日就労 <input type="checkbox"/> 半日程度就労 <input type="checkbox"/> 無職                                                                   |                            |     |                            |    |
|                                      | 健康状態                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱    ・要入院加療 ( _____ ヶ月程度 ・病名 _____ )<br>・入院していないが継続的な治療を要する ・病名 _____ )<br>・慢性疾患等で定期的に通院中 ・病名 _____ ) |                            |     |                            |    |
|                                      | 身体状況                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 障害有 ( _____ 級 ・障害の種類 : _____ ) <input type="checkbox"/> 無                                                                          |                            |     |                            |    |
| 他に対応を要する家族の有無                        | <input type="checkbox"/> 育児に必要な家族がいる (子供の年齢 : _____ 歳)<br><input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)に必要な家族がいる (自宅療養 ・ 入院中)<br><input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護に必要な家族がいる (要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5 ) |                                                                                                                                                             |                            |     |                            |    |
| 介護協力者の有無                             | <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない<br><input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる<br><input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる<br><input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる                     |                                                                                                                                                             |                            |     |                            |    |
| [ 介護をしていて困っていること、その他特記すべき事項をお書き下さい ] |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                             |                            |     |                            |    |

施設使用欄

|  |
|--|
|  |
|--|

近親者(同居の世帯員を含む)の状況



近親者で連絡のとれる方(申込者を含む)

|   | 氏 名 | 現住所 | 連絡先 | 続 柄 |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 1 |     |     |     |     |
| 2 |     |     |     |     |
| 3 |     |     |     |     |
| 4 |     |     |     |     |

※ 緊急時に連絡する際、上記の順にて連絡させていただきます。