

申込年月日 年 月 日

グループホーム入居申込書

入居希望施設名 ふあいと

申込者氏名 ^{フリガナ} _____ 続柄() _____

住所: 〒 _____

電話 _____ FAX _____

※出来るだけ詳しく記載をお願い致します。

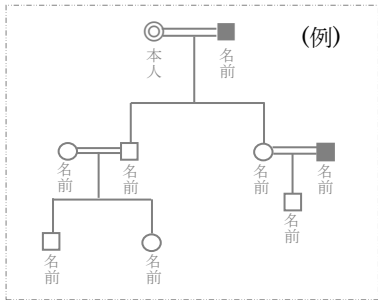
入居予定者	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	住所	〒 _____ 電話 () _____				
	介護度	要支援2・要介護(1・2・3・4・5)				
	介護保険被保険者証	有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			負担割合: 1・2・3	
	後期高齢者医療被保険者証(国民健康保険被保険者証)				負担割合: 割	
	障害者手帳		級			
	その他(お持ちの物があれば)					
身元引受人	フリガナ					
	氏名	_____ 続柄() _____				
	住所	〒 _____				
	電話		携帯			
緊急連絡順に記入願います。	家族氏名	続柄	住所		電話もしくは携帯	
	①					
	②					
	③					
	④					
担当 ケアマネージャー	事業所名					
	氏名				電話:	

お体の状態とお薬について			
認知症の有無 : 有 ・ 無		ご入居を希望される時期 :	
現病名 ・ ・ ・		既往歴 ・ ・ ・	
現在の内服情報(お薬の名前をご記載下さい) ・ ・ ・		状況 ・ご混乱: 有・無 ・徘徊: 有・無 ・暴力行為: 有・無 ・不潔行為: 有・無 ・ 帰宅願望: 有・無 ・介護拒否: 有・無	
現在のお体の状態(ADL) *対象の空欄にレ点を記入下さい。			
	自立	見守り・一部介助	全介助
食事 (お一人で召し上がっているか)			
入浴 (お一人でお風呂に入れるか)			
更衣 (お一人で着替えが出来るか)			
排泄 (お一人でお手洗に行けるか)			
夜間帯のお手洗いについて (自立・ポータブルトイレ・パンツタイプのおむつ・おむつ)			
歩行について (自立・杖使用・歩行器使用・車椅子使用)			
義歯の有無 : 有・無			
現在通院されている病院			
病院名		科目	
その他(気になる点がございましたらご記入ください)			

家族構成図、趣味・嗜好、グループホームへの希望

◎:本人(女性) 回:本人(男性) =:夫婦 —:家族 ○:女性、□:男性 ●■:死亡

家族構成図



認知症症状の経過等

- ①認知症発症前の生活状況
- ②いつ頃から認知症症状が出始めたのか？その際の症状
- ③認知症の診断等を受けにいつ頃病院へ行ったのか？
- ④現在の認知症の状況(入居相談理由)

趣味・嗜好等

グループホームへの希望等(必ず記入をお願いします)
(ご家族)

(入居者)

出生・生活歴・現在の状況

出生・学歴

職歴

定年後の生活状況

現在のサービス利用状況

医療連携について

【グループホームと医療連携】

*お申し込み時の確認になりますのでご希望の変更は何時でも可能です。

- 訪問医が週1回健康状態を確認します
- 診断により、処方、処置を行います。
- 定期検査にて状態観察をします。

*皮膚科、整形外科等専門医の受診が必要な場合ご協力をいただきます。

医療が必要と判断された場合、急な状態悪化の場合救急搬送、緊急受診となります。

その他：施設看護師が1週間1回以上の定期巡回で状態観察をしております

Q1 医療面についてどうお考えですか？(該当するものに○して下さい)

- A. 医療全般、訪問診療医が診られる範囲の医療でカバーしたい
- B. 必要な治療は積極的に希望する。異常が疑われた場合精査受診希望し受診協力する。

Q1-1 Q1でAとお答えの方へ質問します。(該当するものに○して下さい)

- a. 定期検査で異常が見つかった場合は精査し治療する。
- b. 定期検査で異常が見つかって、苦痛を伴わない場合は自然に任せ
総合病院や、大学病院での受診は希望しない。
- c. 基本的に積極的治療を望まない(痛みを取り除く最低限のことは希望)

Q2 終末期を迎える時の希望(現時点でのお考えをご記入ください)

(該当するものに○して下さい)

- A. 病気があっても苦痛がなければ、グループホームで自然に任せた生活を続けてほしい
- B. 病気の発見と共に、医療が受けられる施設に移動したい
- C. 病状悪化時は病院へ入院させたい

・認知症の進行、年齢に伴う身体機能の著しい低下、または精神症状の悪化によりGHで生活が困難となる場合もございます。場合により施設判断で、救急対応することもございます。

*基本的にはご家族様にご確認させて頂きながら安心・安全な生活が送れるようにケアして参ります。

同意書

◆ 緊急対応について ◆

■ご利用者様に緊急対応・病院受診・検査の必要があると、担当医師または施設のスタッフが判断した場合は、以下の対応をとることとします。

◀緊急対応▶

◇施設で救急車要請や医療機関（病院）に連絡をとり、救急受入、受診の依頼をする。

・ご利用者様に入院が必要となった場合、入院手続き等のご家族様でお願い致します。

◀緊急性を要さない対応や検査等▶

◇ご利用者様の送迎付添は、原則ご家族様でお願い致します。

◀救急対応に対するご要望があればご記入下さい。▶

※当グループは如何なる場合でも、人命尊重を最優先することと、ご家族様への連絡を至急とるよう努めることを約します。

◆ 貴重品持ち込みについて ◆

■ご利用者は、貴重品（現金、キャッシュカード、クレジットカード、宝飾品、その他賠償が必要な貴重品等）を施設内に持込まないようお願い致します。

■ご利用者ならびに身元引受人が、施設内に貴重品を持ち込みになった場合、当グループは紛失等の責任を一切負いません。

◆ 健康診断書の記載事項について ◆

■健康診断書の記載内容に不明点・疑問点がある場合、協力医療機関より健康診断書に記載された医師に連絡をとる場合がございます。

■健康診断書の記載内容により、施設での生活上・健康管理上の懸念点があると判断された際は、入居契約を保留することがございます。

以上の項目に、 同意する 同意しない

署名：

印