

## グループホーム入居申込書

入居希望事業所名 ふあいと

申込者氏名 <sup>フリガナ</sup> \_\_\_\_\_ 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	大正・昭和 年 月 日 ( 歳)				
	住所	〒 _____ 電話 ( _____ )				
	介護度	要支援 ( 1・2 ) ・ 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) 未申請 ・ 区分変更中				
	介護保険被保険者証	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			負担割合： 割	
	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	<input type="checkbox"/> 身体 級 <input type="checkbox"/> 精神 級 <input type="checkbox"/> 療育 ( _____ )				
	その他 (生活保護受給者証等)					
身元引受人	フリガナ					
	氏名	続柄 ( _____ )				
	住所	〒 _____				
	電話	( _____ )	携 帯	( _____ )		
緊急連絡先	連絡順	氏名	続柄	住所	電話番号	
	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	
認知症の診断 : 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 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

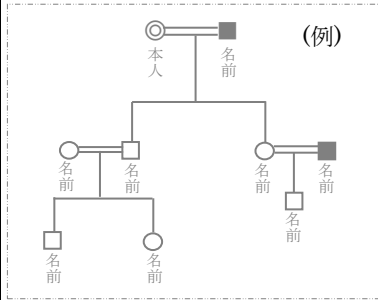
現在のお体の状態 (ADL) <span style="float: right;">*対象の空欄にレ点を記入下さい。</span>			
	自立	見守り・一部介助	全介助
<b>食事</b> (お一人で召し上がっているか)			
<b>入浴</b> (お一人でお風呂に入れるか)			
<b>更衣</b> (お一人で着替えが出来るか)			
<b>排泄</b> (お一人でお手洗に行けるか)			
夜間帯のお手洗いについて ( 自立 ・ ポータブルトイレ ・ パンツタイプのおむつ ・ おむつ ) 歩行について ( 自立 ・ 杖使用 ・ シルバーカー使用 ・ 歩行器使用 ・ 車椅子使用 ) 義歯の有無 : 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（入居相談経緯）

趣味・嗜好等

グループホームへの希望・要望等（ご本人／ご家族様等含む・必ず記入をお願いします）

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】

※この用紙はお申し込み時の確認となりますので、ご意向の変更は何時でも可能です。

○訪問医が月2回以上健康状態を診察します。

○訪問医の診断により、処方・処置を行います。

○定期検査にてお身体の状態観察をします。

※皮膚科・整形外科等の専門医の診断が必要な場合は、ご家族様に受診付き添いをご協力いただきます。

※急な状態悪化等で訪問医が必要と診断した場合、救急搬送・緊急受診となります。

○その他、看護師が1週間/1回以上の定期巡回で状態観察をします。

### 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いても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・検査等は希望しない。
- 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等へ移動したい。
- c. 病状悪化時は病院へ入院させたい。

※認知症の進行や加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事業所での生活が困難となる場合がございます。

※医師の診断等がない場合でも、ご本人様の状況により事業所判断で救急搬送・緊急受診等の対応をする場合もあります。

※本紙にてご意向をお伺いしている場合でも、必要時にはご家族様等のご意向を確認させて頂き、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 ◆

■ご入居者様に、緊急対応・病院受診・検査の必要があると訪問医または事業所が判断した場合は、以下の対応をとることとします。

《緊急対応》

◇事業所より救急車要請や医療機関（病院）に連絡をとり、救急受入・受診の依頼をします。

尚、ご入居者様に入院が必要となった場合、入院手続き等はご家族様にて対応をお願い致します。

《緊急性を要さない受診や検査等》

◇原則、ご入居者様の送迎・付添は、ご家族様にてお願い致します。

《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するように努めることを約します。

## ◆ 貴重品持ち込みについて ◆

■ご入居者様は、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・発生しうる貴重品等）を事業所内へ持込まないようお願い致します。

■ご入居者様ならびにご家族様等が、事業所へ貴重品を持ち込みになった場合、当グループは紛失等責任の一切を負いません。

## ◆ 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へ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、事業所での生活上（共同生活における）・健康管理上の懸念点があると診断・判断された際には、入居契約をお断りすることがございます。

## ◆ ベッド・カーテン等の譲渡品について ◆

■事業所に在庫がある場合、ベッド・カーテン・収納家具等をお譲りすることがありますが、譲渡した品の修理・補修・廃棄等にかかる費用は、全てご入居者様にご負担いただきます。

以上の項目に、  同意する  同意しない

署名：

印