



板付グループホーム・照葉グループホーム・ケアスタ福岡グループホーム

利用申込書

申込年月日		年	月	日	※施設記入	受付番号	
<p>ご希望の方にチェックをお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/> 板付けいあいホーム <input type="checkbox"/> 照葉けいあいホーム <input type="checkbox"/> ケアスタ福岡</p>							
利用者	フリガナ			明治・大正・昭和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名			生年月日			年
	住所	郵便番号(-)			福岡市	区	電話番号
	介護認定	申請	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 更新中	<input type="checkbox"/> 変更中	被保険者番号	
	要介護度	要支 1・2 / 要介 1・2・3・4・5		認定の有効期間	年	月	日～ 年 月 日
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設(介護保険) <input type="checkbox"/> 一般病院(医療保険) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(介護付) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(住宅型) <input type="checkbox"/> その他()						
	年	月頃	より	施設名【		】	
家族・申込者	フリガナ			続柄	備考		
	氏名						
	住所	郵便番号(-)			福岡市	区	電話番号
居宅介護支援事業所	利用	<input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は下記記入		<input type="checkbox"/> なし	備考		
	事業所名				フリガナ		
					担当 ケアマネージャー		
事業所住所	郵便番号(-)			福岡市	区	電話番号	
利用希望時期	<input type="checkbox"/> 令和 年 月頃から利用したい <input type="checkbox"/> 現在検討中						
<p>※申込書に添えて提出する書類</p> <p>1 利用申込者の介護保険被保険者証(写)</p> <p>2 直近のサービス利用表及び別表(写).....現在、居宅介護サービスをご利用中の方のみ</p> <p>3 主治医の診療情報提供書</p>							
施設記入	受付者名						

※裏面に入居申込書別表がありますので記載お願い致します。



板付グループホーム・照葉グループホーム・ケアスタ福岡

利用申込書(別表)

下記の□にチェックをお願い致します。

日常生活での必要介護状況

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子 かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの 経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る 程度で可能 <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに 介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に 介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等 全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ 等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパット を使用する <input type="checkbox"/>	カテーテルを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において 問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は 不可能 <input type="checkbox"/>
認知症の診断	認知症の診断 あり <input type="checkbox"/>	認知症の診断 なし <input type="checkbox"/>	ありの場合のみ【具体的な症状】 年 月頃 より			

【特記事項】 ※上記以外で特に介護が必要な事項

【経済状況】 年金受給 あり なし 生活保護受給 あり なし

【嗜好状況】 なし お酒(週 回) 煙草(1日 本)

令和 年 月頃から利用したい

医療状況(現在のかかりつけ医または入院先)

医療機関	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院	主治医
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
医療処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 該当なし	

【現在治療中の疾患・特記事項】

入居者の代理人 表面の家族・申込者と同じ 該当者がいない

代理人	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	〒	
	電話番号		

利用を希望する理由を記入してください

--