

社会福祉法人 秀峰会

高齢者グループホーム入居申込書

申込日：令和 年 月 日

※ 入居申込を希望するグループホーム名を○で囲んで下さい。

なお、特に希望がない場合は「全ホーム」または「なし」を○で囲んで下さい。

第1希望	第2希望	第3希望
・全ホーム	・なし	・なし
・樹林の風 (旭区)	・樹林の風	・樹林の風
・磯風の謡 (磯子区)	・磯風の謡	・磯風の謡
・風の生活館 (泉区)	・風の生活館	・風の生活館
・都筑の春 (都筑区)	・都筑の春	・都筑の春
・翠嵐の風 (都筑区)	・翠嵐の風	・翠嵐の風
・銀河の詩 (鶴見区)	・銀河の詩	・銀河の詩
・銀らんの丘 (磯子区)	・銀らんの丘	・銀らんの丘
・春風の丘 (都筑区)	・春風の丘	・春風の丘
・若草の丘 (保土ヶ谷区)	・若草の丘	・若草の丘
・秋桜の丘 (川崎市宮前区) R7.6.1 開所予定	・秋桜の丘	・秋桜の丘

私共のグループホームをどちらで知り、または紹介されましたか。

該当する箇所を○で囲みその紹介者、及び所属事業名をご記入下さい。

紹介者	・ケアマネジャー ・HP ・その他()	
	氏名	
	事業所名	ふりがな -----

※ 下記の欄に必要な事項のご記入・該当する箇所を○で囲んで下さい。

ご利用者	氏名	ふりがな ----- 様	男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日		
	住所	〒 -				
	被保険者番号					
	要介護度	・申請中 ・区分変更中 ・要支援2 ・要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			割合	割合
	認定有効期間	開始日 年 月 日		終了日 年 月 日		
	認知症診断名	型認知症 (時期 年 月から)				

		ご利用者様氏名		様
身体 の 状 況	機能障害の有無	無	・ 有 (麻痺・聴力・視力・言語・その他)	
	既往症の有無	無	・ 有 ()	
	使用薬の有無	無	・ 有 ()	
	アレルギーの有無	無	・ 有 ()	
	その他何かございましたらご記入下さい。			
認知症の 症状 <small>(該当する項目に ☑をお願いします)</small>	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ			
	その他、具体的に日常のご様子をご記入下さい。			
現在のサービス 利用状況	※該当するサービスを ○で囲んで下さい	・ 訪問介護(ホームヘルパー)		・ 福祉用具貸与
		・ 訪問入浴		・ 短期入所生活介護(ショートステイ)
		・ 訪問看護		・ 短期入所療養介護(医療型ショートステイ)
		・ 訪問リハビリ		・ 介護老人保健施設
		・ 小規模多機能居宅介護		・ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
		・ 通所介護(デイサービス)		・ その他の施設
		・ 通所リハビリ		()

ご 連 絡 先	氏名	ふりがな ----- 様	続柄	
	住所	〒 _____		
	電話番号	() _____	() _____	
連絡の取りやすい曜日・時間帯、他ご連絡先がありましたらご記入ください。				

受付ホーム名 () 受付日 R . . 受領者 ()
事務局受付日 R . . 受領者 ()