

# グループホーム音和の家利用希望申込書

受付日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	M・T・S	年	月 日 ( 歳)	
住所				電話番号		
被保険者番号	.....			藤岡市・以外( )		
介護認定	要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定有効期間:平成 年 月 日～平成 年 月 日					
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 独り暮らしで日常生活に支障が生じている <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 育児等の為介護が難しい <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院その他の施設から退所を求められている <input type="checkbox"/> その他( ) (介護等で困っている事等をお書きください)				現在の状況	
					<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他( )	
身体状況等	病歴	<input type="checkbox"/> 認知症(平成 年 月ごろ発症) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> ( )				
	認知症の症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 理解力低下 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転      (具体的な状況) <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 判断力低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 同じ話 <input type="checkbox"/> 不穏興奮 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗				
	身体状況	<input type="checkbox"/> 歩行が独りで出来ない <input type="checkbox"/> 寝起きが独りで出来ない <input type="checkbox"/> 食事が独りで摂れない <input type="checkbox"/> 立ち座りが独りで出来ない <input type="checkbox"/> 排泄が独りで出来ない      (具体的な状況) <input type="checkbox"/> 着替えが独りで出来ない <input type="checkbox"/> 入浴が独りで出来ない <input type="checkbox"/> 視力/聴力に問題がある				
連絡先	氏名		続柄		TEL(自宅)	
	住所				TEL(その他)	
	氏名		続柄		TEL(自宅)	
	住所				TEL(その他)	
	氏名		続柄		TEL(自宅)	
	住所				TEL(その他)	

※申込書を提出する際には介護保険被保険者証の写しを一緒に提出下さい