



グループホーム陽気
生活者ホーム青空 入所申込書

申込年月日 年 月 日

グループホーム陽気 生活者ホーム青空 に以下の通り入所を希望します。

○申込する際に提出をお願いしたいもの（メールでの添付でも可能です）

健康保険被保険証 介護保険被保険証 介護保険負担割合証 おくすり手帳

情報提供の同意

入所待機者の状況等に係る統計上の情報として、この申込書の内容を飯田市に提供することに同意します。 はい いいえ

また、この申込を受けたグループホームが入所待機者数等を把握するため、飯田市が保有する、申込者の介護保険被保険者資格の得喪、要介護度及び他施設入所に係る情報の提供を受けることに同意します。 はい いいえ

入居希望者	フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	氏名	印	男・女	現住所	〒 -

（連絡先）申請者	氏名	印	住所	〒 -
	電話	()		
	携帯	()		

入所希望者の状況	状況	<p>・要介護状態区分等 非該当 ・要支援（1・2） ・要介護（1・2・3・4・5）</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている</p> <p><input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院で暮らしている（入所・入院中の方は下記にご記入ください）</p> <p>※施設名・病院名：</p> <p>※入所または入院時期： 年 月頃から</p> <p><input type="checkbox"/> 利用している介護サービス等（週 回 曜日）</p>
	入居希望の理由	
	入所希望時期	<p><input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい</p> <p><input type="checkbox"/> 年 月頃（まで、以降）に入所したい</p>
	施設申請状況	<p><input type="checkbox"/> 当施設のみ申請</p> <p><input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している</p>

入 所 希 望 者 の 状 態	日常生活動作	
	起き上がり	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【介助方法】（ ）
	立ち上がり	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【介助方法】（ ）
	歩行(移動)	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【介助方法】（ ）
		【福祉用具等】 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	食事	【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【介助方法】（ ）
		【補助具】（ ）
	排泄	日間 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【排泄場所】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器類 <input type="checkbox"/> オムツ類使用 【介助方法】（ ）
		夜間 【動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【排泄場所】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器類 <input type="checkbox"/> オムツ類使用 【介助方法】（ ）
	着脱衣	【着脱動作】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【衣服の準備】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【衣服の選択】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない
	整容	【洗面】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【歯磨き】 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない 【義歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用している <input type="checkbox"/> わからない
	身体の状態	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 大きな文字なら見える <input type="checkbox"/> ぼやっとなら見える <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 弱視
聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> 大きめの声・音なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元の大きな声・音なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器を使用している <input type="checkbox"/> （右・左）耳のほうがか聞こえにくい	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通にできる <input type="checkbox"/> 工夫すれば十分できる <input type="checkbox"/> 工夫すれば少しできる <input type="checkbox"/> まったくできない	
入 所 希 望 者 の 状 態	身の回りのこと	
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が行っている <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が行っている <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が行っている <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が行っている <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）
電話対応	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 他者が行っている <input type="checkbox"/> その他（ ）	
外出	<input type="checkbox"/> 公共交通機関での外出 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 自宅周辺、施設への外出 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 室内中心 <input type="checkbox"/> 自室内中心 <input type="checkbox"/> ベッド上での生活	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が管理している <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
金銭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 他者が管理している <input type="checkbox"/> サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

家族等連絡先	氏名	続柄	年齢	同居・別居	連絡先	
	1			同居・別居	電話	
					住所	
	2			同居・別居	電話	
					住所	
	3			同居・別居	電話	
住所						

備考	担当者 ケアマネ ジャー	<input type="checkbox"/> いる *事業所名() 名前() <input type="checkbox"/> いない				
----	--------------------	--	--	--	--	--

既往歴・現病・アレルギー等・必要な医療的ケア	主治医・通院先		
	医療機関名	診療科	医師氏名
血液型 (A ・ B ・ O ・ AB) Rh (+ ・ -)			

○性格・好きなこと

○看取りについてのご意向 (本人または家族)
