

## グループホームクローバー利用申込書

お問い合わせ並びにご見学まことにありがとうございました。

利用を希望されるすべての方に、ご記入いただいております。今後のご連絡にも活用させていただきますのでお手数ですが正確にご記入ください。どうぞよろしくお願いいたします。

申込日	平成 年 月 日
-----	----------

申込者（連絡先）

申込書 記入者	氏名		本人との 関係		電話	( )
主たる 介護者	氏名		本人との 関係		電話	( )
	住所					

利用希望者

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	明 大 昭	年 月 日	満 歳	
氏名							
住所					電話	( )	
被保険者番号						障がい者手帳 (無・有)	手帳種類 ( ) 級 ( )
要介護度	要支援 2 1 2 3 4 5				有効期間 ~		
利用を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している (具体的に)						
現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 子供の家 <input type="checkbox"/> 施設 (名称 ) <input type="checkbox"/> 病院 (名称 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手方のご年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる (本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病気療養中や障がい者がいる						
主に介護している方について	主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中						
主に介護している方の負担感について	<input type="checkbox"/> 本人と介護者の関係が良好でない <input type="checkbox"/> その他介護で困っていることがある (具体的に)						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない						

その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他行為（具体的に <input type="checkbox"/> 認知症以外に病気がある （具体的に
--------------	--

ご本人の状況

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ベッド動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事内容 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他（
清潔	口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視覚	視覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴覚	聴覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない 相談できるケアマネージャーは <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	ケアマネージャーの氏名
	事業所名 電話 (
現在使っている介護サービスについて （該当するすべてにチェックを入れてください）	施設系 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス 在宅系 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他（
その他（ご意見等）	

この利用申込書、調査書の内容は申込審査、入所決定後の情報以外には使用いたしません。