

# ご入居までの手続き

## ① 申込書類の提出



## ② ご面談



## ③ 入居判定会議



## ④ 利用契約締結

## ⑤ ご入居開始

### ■ 申込書類等の提出

- (1) ご利用申込書
- (2) 診療情報提供書
- (3) ご利用者の心身状況

必要事項を記入の上、ご提出下さい。

### ■ 申し込み後待機となった場合

- (1) 定期的に、最新情報をこちらからご連絡をさせていただきます。
- (2) 待機の順番が来た場合、ただちにご連絡させていただきます、お返事につきましては、できるだけ早い段階でお願いいたします。

### ■ 訪問によるご面談

\*ご面談をさせていただき、生活して頂くうえで参考になる事柄をお聞きいたします。  
その他ご家族のご要望もお伺いいたします。

\*「介護保険被保険者証」「老人医療受給者証」「後期高齢者医療受給者証」「健康保険証」「身体障害者手帳」をご用意ください。

\*上記の結果、指定専門医の診断書を提出して頂く場合もございますので、あらかじめご了承ください。

### ■ ご利用者様の決定

面談後、入居判定会議を開催し、結果をご連絡をさせていただきます。

※会議の結果、入居をお断りをする場合がございます。あらかじめご了承ください。

契約締結後は、当日よりご入居いただけます。

グループホームまんでん なた上野



# グループホーム・小規模多機能型ホームご利用申込書

NO2

ご家族構成	氏名	性別	年齢	続柄	同居・別居	別居の場合	
						住所	電話番号
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		

心身状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具の使用( 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ) <input type="checkbox"/> 車椅子
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 特別食( カロリー制限・塩分制限・水分制限・糖尿食 ) <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 1口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 飲み込み問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みできない
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(トイレ誘導必要)      全介助 <input type="checkbox"/> パンツ ・ パッド ・ リハビリパンツ ・ オムツ( 常時 ・ 夜のみ )
	視覚	<input type="checkbox"/> 生活上の支障( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 眼鏡等( 有 ・ 無 )
	聴覚	<input type="checkbox"/> 生活上の支障( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 補聴器( 有 ・ 無 )
	意志の伝達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (      )
	嗜好など	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他(      )
	趣味	
	行動・心理症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- ( 有 の 場 合 ) <input type="checkbox"/> 幻視 ・ 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他 (      )

記入欄	受付日	連絡日	面談日	結果	施設名	備考

# 診療情報提供書

ふりがな		男  女	生年月日
氏名			M・T・S
住所	〒		
			年 月 日 ( 歳)

認知症	有・無	診断名	発症年月日
病名・発症年月日		現 症	
既往歴・発症年月日		処方内容	

入所に関する主治医の意見

アレルギーの有無	無 ・ 有 ( )		
身体状況	運動障害	無 ・ 有 ( )	: 視力障害 無 ・ 有 ( )
	言語障害	無 ・ 有 ( )	: 聴力障害 無 ・ 有 ( )
日常生活の自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症状態	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
行動・心理症状	無 徘徊 不穏 攻撃行動 不潔行為 その他 ( )		
精神状態	正常 不安 うつ 興奮 幻覚 妄想 睡眠障害 その他 ( )		
血 圧	/	心電図	異常なし 異常有り 胸部X-P
血液検査	実施日: 年 月 日	★血液検査・感染症検査データを添付して下さい。	
感染症	無 ・ 有 ( )		
褥 瘡	無 ・ 有 部位 ( ) 程度 大きさ ( ) 処置 ( )		

その他	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>
-----	--