

株式会社 加治川の里
利用申込書

申込日 R4.10.10	受付日 R4.10.10	受付担当者 加治川 里子
-----------------	-----------------	-----------------

ご記入例①

*ご希望の施設(事業所)に ○印 をご記入下さい

<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	<新発田市地域>
<input checked="" type="checkbox"/>	グループホーム加治川の里 様
<input type="checkbox"/>	グループホームつきおか 様

<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	<村上市地域>
<input type="checkbox"/>	グループホーム上海府 様
<input type="checkbox"/>	グループホームあらかわ 様

申込者 (連絡先)	ふりがな	かじかわ たろう	申込日	平成25年10月10日
	氏名	加治川 太郎	続柄	長男
	住所	〒 959-2426 新発田市向中条2222-2	生年月日	昭和33年3月3日
	電話番号	自宅 (0254) 21-1111 携帯 090-1111-2222 勤務先 (0254) 21-5001	職業(勤務先)	加治川商会様

利用希望者	ふりがな	かじかわ はなこ	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 (年齢)	M T S 8年 8月 8日 (80)
現住所	〒 959-2426	新発田市向中条2222-2	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家			
電話番号	(0254)	21 - 1111				
介護保険	被保険者番号	12345678	保険者名	加治川 花子		
自立~要介護度の 該当に○印	自立	申請中	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
介護度の認定期間	3年 4月 10日			~	6年 4月 31日	
健康保険	種別	後期高齢者保険		番号	87654321	
年金	種別	国民年金		支給年額	約80万円	
障害者手帳等	種別			障害の級		
現在の状況	1	自宅	世帯状況	1人暮らし 65歳以上の高齢者2人暮らし その他 同居者 4人	主介護者	加治川 太郎
	2	入院中	病院名	新発田病院	病名	脳梗塞・認知症
	3	施設入所中	施設名		入院日	25年 4月 1日
その他	(利用希望の理由や介護で特に困っておられることなどをご自由にご記入下さい)					
	<ul style="list-style-type: none"> 母は小学校の教員として勤務、定年退職後は自宅で趣味(絵画、園芸等)を楽しんでいましたが10年前に軽い脳梗塞になりましたが、自立可能な状態でした 最近になってもの忘れの症状があり、新発田病院で認知症の始まりと診断されました 病院での治療も終わり退院予定ですが、(家族が不在となるので) 日中1人にしておくわけにはいかずグループホームに入居を希望するものです (父は、15年前に他界しております) 					

担当介護 支援専門員	事業所名	株式会社 加治川の里
<input checked="" type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	氏名	加治川 里子
	電話番号	(0254) 21 - 3460

(申込者が身元引受人と同一人の場合はご記入不要です)

身元引受人	住所	〒	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家
	ふりがな	入居者との続柄	生年月日
	氏名		
	電話番号	自宅 携帯 勤務先	職業(勤務先)

(料金をお支払いされるご予定の方に ○印 をご記入下さい)

<input checked="" type="checkbox"/>	1	利用希望者様 (ご本人様)
<input checked="" type="checkbox"/>	2	身元引受人様
<input type="checkbox"/>	3	その他の方 (複数様も可)

同居のご家族

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)
加治川 良子	長男の嫁	昭和36年3月3日	加治川美容院
加治川 一郎	孫	平成4年7月7日	新潟大学人文学部4年生
加治川 美幸	孫	平成8年5月5日	新発田高校3年生

同居していない扶養支援者

氏名	続柄	生年月日	住所	職業(勤務先)
村上 純子	長女	S38.1.10	村上市瀬波1-2-6	瀬波小学校教員

説明 確認 及び 同意	私は、貴施設(事業所)への利用申込みに際し、利用申込みから利用契約までの手続き及び利用順位の決定方法について施設(事業所)から説明を受けました。 なお、貴施設(事業所)が利用順位決定のため必要な範囲内において、わたし(利用希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。 4年 10月 10日
	利用希望者 利用希望者の家族

加治川 花子
加治川 太郎

利用希望者様の生活状況について（該当する状況に ○印 をご記入下さい）

	No	項目	生活状況			特記事項	
			自立	（独歩・杖・歩行器） （自操・介助）	経管栄養		
日常生活に関する事項	1	移動	自立 車椅子			軽い脳梗塞の影響で左足がやや不自由です	
	2	食事	自立	一部介助	経管栄養	軽い脳梗塞の影響で左手がやや不自由です	
	3	排泄	自立	（トイレ・ポータブル）		認知症が進みつつあります	
			一部介助	（トイレ・ポータブル）			
			全介助	（トイレ・ポータブル・便器）			
	オムツ						
	4	入浴	自立	一部介助	全介助	同上（湯船に入る時に支えてやっています）	
	5	着脱衣	自立	一部介助	全介助	同上（左手・左足が不自由で手助けしています）	
	6	起座	自立	一部介助	全介助	不可	同上（左手・左足が不自由で手助けしています）
7	寝返り	自立	一部介助	全介助	不可		
8	移乗動作	自立	一部介助	全介助		左手・左足が不自由で手助けしています	
9	立ち上がり	自立	一部介助	全介助		左手・左足が不自由で手助けしています	
心身に関する事項	10	視力障害	無	弱視（右・左）	全盲		
	11	聴力障害	無	やや難聴（右・左）	難聴		
	12	言語障害	無	少し不自由	不自由		軽い脳梗塞の影響で少し言葉が聞き難いです
	13	会話	無	普通	どうか可	不可	
	14	歯の障害	無	一部入れ歯	総入れ歯		
	15	失禁	無	有			軽い認知症の影響で時々あります
	16	床ずれ	無	有（部位）			
	17	徘徊	無	居室内	屋内	屋外	軽い認知症の影響で時々あります
	18	認知症	無	有			認知症が進みつつあります
	19	麻痺	無	有 部位（右・上 下肢）	左・上 下肢		左手・左足が不自由で手助けしています
	20	拘縮	無	有 部位（右・上 下肢）	左・上 下肢		左手・左足が不自由で手助けしています

疾病に関する事項	現病	発症年月日	傷病名	特記事項
		H25頃から	認知症	・今年に入り、認知症との診断を受けました
既往病	H15.4頃～	脳梗塞	・10年前に軽い脳梗塞になったが、現在は自立可能状態	

お願い	本利用申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等を利用した場合は必ず当社各施設（事業所）にご連絡願います。			
	＜連絡先＞			
	施設（事業所）名	電話番号	郵便番号	住所
	グループホーム加治川の里	0254-21-3470	959-2426	新発田市向中条 2843番地 1
	グループホームつきおか	0254-32-1050	959-2335	新発田市本田丁 1446番地 7
グループホーム上海府	0254-50-3570	958-0003	村上市吉浦 1074番地 2	
グループホームあらかわ	0254-62-1231	959-3122	村上市大津3689番地1	

* ご記入頂いた情報はご利用判定の目的以外には使用せず、適切に使用させていただきます。