社会福祉法人　三寿福祉会　認知症グループホーム　入所申込書

受付番号
（No.　　）

フリガナ		男 ・女	（郵便番号）	（〒　　－　　）
入所希望者氏名	様		入所希望者住所	
生年月日	大正　昭和 年　　月　　日　（　　歳）		電話番号	（　　）

相談者又は申込者氏名	※　　様	相談者又は申込者住所	※（〒　　－　　）
利用者との続柄	※	電話番号	※自宅　　（　　） （携帯）
勤務先		電話番号	勤務先　　（　　）
担当支援事業所		事業所電話番号	
要介護度	要支援2 ・ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５	認定日	年　　月　　日
認定有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
主たる介護者	※　1. 配偶者　2. 子供　3. 親戚　4. 近所（町内、知人）　5. 子供の配偶者　6. 孫 7. いない　8. 特養以外の施設入所のため不要		
介護者状況	※　1. 別居（近所を除く）　2. 75歳以上　3. 要支援　4. 要介護　5. 障害者（難病を含む） 6. 複数者介護　7. 日中不在		
現居所	※　1. 自宅　2. 老人保健施設　3. 軽費・ケアハウス　4. 病院　5. 高齢者専用賃貸住宅 6. 有料老人ホーム　7. 養護老人ホーム　8. 介護療養病院 9. その他（　　）		
サービス利用状況	※　1. 訪問介護　2. 訪問看護　3. デイサービス　4. 短期入所　5. 小規模多機能 6. 介護保険サービス外（　　） 7. 何もない　8. 不明		
既往歴	※（特に既往歴がない場合は「なし」と記載してください。）		

日常生活動作状況及び現在利用の居宅サービス内容　その他　　備　　考

移　動	自　立　　一部介助　　全　介　助	
食　事	自　立　　一部介助　　全　介　助	
排　泄	自　立　　一部介助　　全　介　助	
入　浴	自　立　　一部介助　　全　介　助	
認知症の状態	被害妄想　幻覚　幻聴　徘徊　大声を出す　介護抵抗　暴言暴力　不潔行為　独語　昼夜逆転 火の不始末　収集癖　物や衣類を壊す　感情不安定　家族の顔や名前がわからない　会話が成立しない	
（特記事項）介護変更等		

◎申し込み以降に身体状況の変化があった場合　又は、連絡先等が変わった際は、ご連絡いただきますようお願い致します。

受付日　令和　　年　　月　　日　　受付者　　印

社会福祉法人　三寿福祉会

相 談 記 録