

整理番号	
------	--

入居申し込みチェックリスト

社会福祉法人 藤愛会

グループホーム ハレ・クプナ

広島市西区山手町19番3号

(082)503-0081

入居希望者氏名 : 様

別紙の書類をご記入の上、揃えてチェックリストに添付し提出いただきますようお願い致します。

<提出前にご確認ください>

- ☐ グループホーム入居申し込み書 …様式1
(本人または家族にて記入)
- ☐ 調査票 …様式2
(本人または家族にて記入)
- ☐ 入居希望者についての意見書 …様式3・4
(ケアマネージャーにて記入)
- ☐ 介護サービス利用表(当月分)

特別養護老人ホーム リバーサイド中広へ(西区中広町 電話:235-0788)

☐ 入所の申込みをする ☐ 入所の申込みをしない

(個人情報の取り扱いについて)

入居申込書記載の個人情報については、広島市や居宅介護支援事業所、ご家族との連絡以外には使用致しません。

グループホーム「ハレ・クプナ」入居申込書

受付日：	令和	年	月	日
受付者：				

社会福祉法人藤愛会 グループホームハレ・クプナ
広島市西区山手町19番3号
(082) 503-0081

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

グループホームに以下の通り入居を希望します。
この申込書の内容は広島市へ提供することを認めます。

入居希望者の状況	フリカナ		性別	保 険 者											
	氏 名		印	男・女	被 保 険 者 番 号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			要介護状態区分	要支援2・1・2・3・4・5									
	現住所	〒 —			認定有効期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
	状 況	☐ 自宅にて一人で暮らしている ☐ 自宅にて家族と暮らしている ☐ 居宅サービスを利用している ※利用限度額に対する利用の割合にチェックしてください ☐ 2割以上 ☐ 5割以上 ☐ 8割以上 ☐ 特養などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記にご記入ください） ※施設種別・施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：令和 年 月頃から													
	入居希望の理由 (複数回答可)	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が「高齢」「障害」「病気」等により十分な介護ができない ☐ 介護者の就労により、十分な介護ができない ☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない ☐ 居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※居住環境の状況について ☐ 本人専用の居住スペースがある ☐ スペースがない ※衛生環境の状況について ☐ 常に掃除ができないなど衛生上の問題がある ☐ 問題がない ☐ 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない ☐ その他 ()													
	入居希望時期	☐ 今すぐ入所したい ☐ 令和 年 月頃までに入所したい													
	医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ インシュリン注射 ☐ じょく瘡（床ずれ） ☐ 在宅酸素 ☐ バルーンカテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ その他 ()													
	申請状況	☐ 当該施設のための申請 ☐ 他の施設にも申請している													
	介護者	フリカナ		性別	本人との関係										
氏 名			男・女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日										
同居有無		☐ 同居している ☐ 別居している ☐ その他 ()													
備考	担当ケアマネジャー	☐ いる ※事業所名 () 名前 () ☐ いない													

入居希望者の身体状況	視力	☐ 普通 ☐ 弱視 ☐ 全盲 眼鏡使用： ☐ 有 ☐ 無	麻痺	☐ 有（左・右・両 上肢／左・右・両 下肢） ☐ 無
	聴力	☐ 普通 ☐ やや難聴 ☐ 難聴 補聴器使用： ☐ 有 ☐ 無	拘縮	☐ 有（肩・肘・指・股・膝・足） ☐ 無
	意思疎通	☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可	移動	☐ 歩行（自力・杖・歩行器・シルバーカー） ☐ 車椅子（自力・介助）
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
	着脱衣	更衣 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 衣服の準備・選択 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	整容	洗面： ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歯磨き： ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 入れ歯： ☐ 有 ☐ 無
	排泄	排泄場所 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 紙パンツ ☐ オムツ （自立、声かけ誘導、一部介助、全介助）	対人関係	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的
	性格	☐ おとなしい ☐ 好き嫌が多い ☐ その他 ☐ 朗らか ☐ わがまま () ☐ 親しみやすい ☐ 頑固 ☐ 几帳面 ☐ 短気 ☐ 人に溶け込めない ☐ 無口 ☐ 凝り性 ☐ 融通がきかない		
	認知症・精神状態	☐ 正常 ☐ 精神的障害有 ☐ 特筆すべき行動 ◇認知・記憶（重度・中度・軽度） ・失見当（重度・中度・軽度） ◇その他 ()		
		身体障害者手帳 ☐ 無 ☐ 有 (種 級／障害名：)		
	入居申請に至る生活歴 			
特記事項 				

調 査 票

記入日 令和 年 月 日		申請者	氏 名	印			施設受付印	
			住 所	〒				
			電 話	() -				
			携 帯	() -				
入居希望者の状況	ふりがな				生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		施設記入欄
	氏 名	印			性 別	男 ・ 女		
	住 所	〒			電 話	() -		
	介護保険保険者				要介護状態区分		要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	保険者番号				被保険者番号			
	認定有効期限		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	☐ いる	事業所名					
		☐ いない	担当者氏名		電話	() -		
	現 況	☐ 一人で暮している ☐ 家族と暮している (人暮らし)						
		☐ 特養・老健・病院に入っている(入所、入院中の方は、下記にご記入ください)						
		※施設・病院名 _____ 住所 _____						
		※入所、入院時期 令和 年 月頃から						
	入居希望の理由	☐ 介護者がいないため ☐ 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない						
		☐ 介護者の就労により、十分な介護ができない						
		☐ 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない						
		☐ 居住環境の事情により、十分な介護ができない						
		☐ 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない						
		☐ その他 ()						
希望時期	☐ 今すぐ入所したい							
	☐ 令和 年 月頃までに入所したい							
施設の申込状況	☐ 当施設のための申請 ☐ 他施設にも申請している(参考までに下記にご記入ください)							
	当施設入所申込年月日		昭和・平成 年 月 日 (ご不明の場合は当施設で記入します)					
	施 設 名				入 所 申 込 年 月			
					令和 年 月			
					令和 年 月			
医療状況	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ IVH ☐ インシュリン注射 ☐ じよく瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素							
	☐ バルーンカテーテル ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ その他 ()							
	現在治療中の病名							
主治医病院名					担当医師名			
主介護者	ふりがな				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
	氏 名				性 別	男 ・ 女 本人との関係		
	住 所	〒			同居有無	☐ 同居している ☐ 別居している		
	電 話	() -			☐ その他 ()			

入居希望者の状況	病歴	病名	発症年月日	病院名	入院の有無 (期間)	手術の有無	現在の治療の有無	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
	通院中の病院	病院名	診療科	担当医師名	病名			
	※ 薬の説明書を添付して下さい。							
	施設の申込み状況	施設名 ※前ページに書ききれなかったものをお書きください				入所申込年月		
生活歴	出身地			職歴				
	配偶者	☐ 無 ☐ 有	子供の数		喫煙	☐ 無 ☐ 有	飲酒 ☐ 無 ☐ 有	
	宗教	☐ 無 ☐ 有 ()		趣味				
その他	※必ず三件以上お書きください 緊急連絡先	氏名	電話番号	携帯電話	住所		続柄	
	被爆者手帳		☐ 無 ☐ 有					
	障害者手帳		☐ 無 ☐ 有 (種 級 / 障害名:)					
	重度障害医療受給者証		☐ 無 ☐ 有					
	生活保護		☐ 無 ☐ 有					
	利用料減額措置		☐ 無 ☐ 有 (減額の種類:)					

No.1

入居希望者についての意見書

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

(事業者名) 印

(住 所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日	令和 年 月 日		
ふりがな			生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)
氏 名			性 別 男 ・ 女
住 所	〒		電 話 () -
介護保険保険者		要介護状態区分	要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
保険者番号		被保険者番号	
認定有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
入 居 希 望 者 の 状 況	氏 名	本人との関係	同居有無
	連絡先		
	家族構成図		
	※主たる介護者の名前に○をしてください。		
	現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入ください。)		
	緊急性 ☐ 有 ☐ 無 虐待 ☐ 有 ☐ 無		
	入居についての本人・家族の意思		
	状況		
	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特 記 事 項
	麻痺等の有無について		
	☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他		
	関節の動く範囲の制限の有無について		
	☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他		
	起き上がりについて		
	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない		
	両足での立位保持について		
	☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない		

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入居希望者の状況	移動について	
	☐ 歩行 (☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器)	
	☐ 車椅子 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助)	
	☐ ストレッチャー ☐ その他()	
	移乗について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	立ち上がりについて	
	☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない	
	食事摂取について:入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう	
	※主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他()	
	※副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()	
	入浴について:頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他()	
	☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽() ☐ その他()	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排尿について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	排便について	
	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差込便器 ☐ 紙パンツ ☐ オムツ	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	衣服の着脱について	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	金銭の管理について	
☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
日常の意思決定について		
☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない		
視力について:眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離であれば見える ☐ ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他()		
☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんどきこえない		
意思の伝達について		
☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない		

状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特記事項
入居希望者の状況	指示への反応について ☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない	
	性格について ☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない	
	対人関係について ☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的	
	精神状態等について(特記欄に状態を必ず記入下さい) ☐ 正常 ☐ 精神的障害有	
	認知症:記憶【 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度】:失見当【 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度】	
	記憶・理解について	
	毎日の日課を理解することが ☐ できる ☐ できない	
	直前の出来事を思い出すことが ☐ できる ☐ できない	
	自分の名前を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	自分がいる場所を答えることが ☐ できる ☐ できない	
	不適応行動について	
	被害的になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	幻覚・幻聴が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	感情が不安定になることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	暴言、暴行が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	同じ話、不快な音、大きな声をだすことが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	介護に抵抗することが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	目的もなく動き回ることが ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	異食が ☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	現在受けている医療について ☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置 ☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル	
	障害老人の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知性老人の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

※ 当月介護サービス利用票を添付してください

入 居 希 望 者 の 状 況	病 歴	病 名	発症年月日	病 院 名	入院の有無 (期間)	手術の 有無	現在の 治療の有無	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
					☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	
	通 院 中 の 病 院	病 院 名	診 療 科	担当医師名	病 名			
そ の 他	緊 急 連 絡 先	氏 名	電話番号	携帯電話	住 所		続柄	
	被 爆 者 手 帳		☐ 無 ☐ 有					
	障 害 者 手 帳		☐ 無 ☐ 有 (種 級 / 障害名:)					
	重度障害医療受給者証		☐ 無 ☐ 有					
	生 活 保 護		☐ 無 ☐ 有					
	利用料減額措置		☐ 無 ☐ 有 (減額の種類:)					
	備 考							