

生活状況	歩行	・つかまらないで可・つかまって可（杖、その他） ・できない（車椅子自力、車椅子介助、その他）		
	食事	・自立 ・一部介助 ・全介助（経管、鼻・胃）		
	入浴	(家庭で) ・自立 ・一部介助 ・全介助 (家庭外) どこで ・自立 ・一部介助 ・全介助		
	排泄	・自立 ・間接的援助 ・直接的援助 ・全介助（トイレ・おむつ・その他）		
	衣服着脱	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		
	聴力	(右) ・聞こえる ・大声であれば聞こえる ・聞こえない (左) ・聞こえる ・大声であれば聞こえる ・聞こえない 補聴器の使用 有・無		
	視力	(右) ・見える ・あまり見えない ・見えない¥¥¥¥ (左) ・見える ・あまり見えない ・見えない メガネの使用 有・無		
	対人関係	・協調的 ・積極的 ・消極的 ・その他（ ）		
	性格	・明るい ・気にしやすい ・短気 ・頑固 ・その他（ ）		
	精神状態	・安定している ・落ち着かない ・その他（ ）		
	物忘れ	・時々ある ・しばしばある ・すぐに忘れる		
	理解	・時々できない ・ほとんどできない ・まったくできない		
	認知症である症状	・徘徊 ・介護抵抗 ・暴力 ・大声 ・独語 ・収集癖 ・不潔行為 ・夜間不眠 ・その他（ ）		
	一日の生活等	※一日をどのように過ごされていますか？散歩、テレビ等。		
その他、介護上で困っていること				
健康状況 (主治医に○)	・健康 ・ほぼ健康 ・病弱 ・持病あり（病名）			
	治療中の病名			
	病院名			
	医師名			

	薬名			
	既往歴	(過去の大きな病気)		
	最近5年間の主な病気			
障害者手帳等の状況 (該当に○)	身体障害者手帳 (種 級) (障害の部位)			
	療育手帳 (A・B)			
	精神障害者手帳			
福祉・介護保険サービス	・利用なし ・利用あり	(利用しているサービス名)	(頻度)	
趣味・特技等	(過去)			
	(現在)			
社会的活動	(過去)			
	(現在)			
略歴	(生活歴)			
	(職歴等)			
ご入居希望の理由 (具体的に)				

<p>重度化及び看取りの意向</p>	<p>グループホームでは、重度化及び看取りの対応を行うことになっておりますが、どちらを希望されますか。(後から変更できます。)</p> <p>①重度化(寝たきり等)になった場合</p> <p><input type="checkbox"/>引き続きグループホームでの生活を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/>グループホーム以外での生活を希望する。</p> <p>②看取り(末期ガンとか終末)となった場合</p> <p><input type="checkbox"/>引き続きグループホームでの生活を希望する。</p> <p><input type="checkbox"/>グループホーム以外での生活を希望する。</p>
<p>身元保証人 第一保証人 (後見責任者)</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>
<p>第二保証人</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>
<p>家族状況 (近親者)</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>
<p>(次にも欄があります)</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>
<p>(次にも欄があります)</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>
<p>(次にも欄があります)</p>	<p>氏名 _____ 様 続柄 _____ 職業 _____ 年齢 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話 _____</p>

備 考	写真貼付（撮影 令和 年 月 日） 全身像 6ヶ月以内の撮影 スナップで可
-----	--

【申込書とは別にしてお読みください。】

グループホームは、介護保険法上は「認知症対応型共同生活介護」と呼ばれています。医師により認知症と診断された方で、介護保険の要支援2～要介護5までの方利用できますが、要支援1の方は、対象外です。ただし、介護認定になっていても、歩行ができて、共同で炊事や家事などを行うことができる方が利用できます。

また、看護師がいませんので、常時の医療行為が必要となった場合や要支援1または自立支援となった場合は、ご退所いただくことになります。

なお、特定非営利活動法人いわい地域支援センターでは、グループホームへの入居にあたり、次のような入居調整基準を作成しております。ポイントの高いほど、入居対象者に該当することになります。

入居調整基準チェックリスト (V1508)

	項目	0 point	1 point	2 point	備考
①	入居の原則 (年齢)	65歳未満	65歳以上	70歳以上	
②	健康状態	要入院	要治療	健康	
③	日常生活動作の状況	要介護3-5	要介護2	要介護1	
④	精神・心理的な状況	重度障害	障害あり	軽障害あり	認知症度=__
⑤	家族の状況	同居可能	同居困難	高齢者世帯	
⑥	生活環境・住居の状況	普通	転居希望	要転居	
⑦	利用の時期	将来	早々	緊急	
⑧	共同・共生の生活への適応性	困難	普通	適格	
⑨	利用料等経済的負担力	困難	援助可能	十分可能	
⑩	地域性	市外	市内	地区内	
	計	__×0	__×1	__×2	__/20

特記事項

コメント

考慮事項

ユニット区分における男女別入所者数の制約	年 月 日現在	可・否
医療的処置を要する入所者数の上限	年 月 日現在	可・否
法人内事業所での調整	年 月 日現在	可・否