

入居申込書 医療法人社団創生会 ケアハウスたいよう グループホームこころ

施設紹介(ケアハウスたいよう) 〒668-0345 豊岡市但東町中山679-1 Tel0796-53-5566

① 介護付きのケアハウスになります。洗濯物・受診等の身の回りのお手伝いも致します。
② 生活相談員、栄養士、看護師、ケアマネ、調理師、介護士等専門職を配置しています。
③ 要介護の方、豊岡市在住の方が対象です。豊岡市外の方は住所を移されるのであれば利用可能です。
④ 看護師配置の施設のため、インスリン注射、注入食、痰吸引の対応も可能です。
⑤ 栄養士配置の施設のため、糖尿病食、ゼリー食、ソフト食等の特別食の対応も可能です。
⑥ 終身の受け入れが可能です。終末期の対応も可能です。
⑦ 料金は収入と介護度によって異なりますが、年間収入150万以下、介護度1の方で月々13万3,500円～

施設紹介(グループホームこころ) 住所同上 Tel0796-56-1166 Fax0796-56-1170

① 生活介護を中心に、田舎ならではの活動を取り入れた生活をサポート致します。
② 認知症の診断があり、要支援2以上の方、豊岡市在住の方が対象です。
③ 豊岡市外の方は住所を移されるのであれば利用可能です。
④ 終身の受け入れが可能です。但し、終末期以外の事由による身体介護の必要性が高い方は非対象です。
⑤ 料金は介護度によって異なりますが、介護度1の方で月々11万8,000円～ ※一時金11万1,000円

入居までのサポート

① 気になる方は、詳しく説明をさせていただきます。ご自宅・病院等伺わせて頂きます。
② 施設見学も可能です。担当者が説明させていただきます。あらかじめご連絡下さい。
③ 入居に不安がある方は、ショート利用する(体験)が可能です。ご家族様の宿泊も可能です。
④ 流れと致しましては、「説明・見学」⇒「申込み」⇒「ご本人様の状況確認」⇒「契約・入居」となります。
⑤ お急ぎの方は、まずはFaxで申込みをされてから、説明にお伺いさせて頂くことも可能です。
⑥ 家具やお荷物の搬入のサポートも可能です。
⑦ 入居の準備は、一度にされなくてよろしいです。こちらで準備する事も可能です。

お申し込み後

① お申し込み後、お申し込みを辞退される際、お手数ですがご連絡を下さい。
② お申し込み後、入居希望者様の大きな状態変化がございましたらご連絡を下さい。
③ 時折、状態をお伺いする為、ご連絡をさせて頂くことがございます。ご了承下さい。
④ 入居のご案内をさせて頂いた際、案内から1週間以内のご入居をお願い致します。

申込み日 年 月 日

入居 希望者	ふりがな		男 ・ 女
	氏名:		
	住所 〒		
			☎:
(生年月日)		M ・ T ・ S	年 月 日 (歳)
主介護 相談者	ふりがな		
	氏名:		続柄 ()
	住所 〒		
			☎:
		☎ 【携帯】:	

ご連絡先は、【 入居希望者 主介護者 】でお願いします。※ ○で囲んで下さい裏面あり

入居希望	入所希望施設	・グループホーム	・ケアハウス	・双方
	入所希望日	・平成 年 月頃希望 ・その他()		
主治医	病院名:	医師名		
	☎:			
居宅介護支援事務所	事業所名:	担当 ケアマネージャ		
	☎:			
介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (受けていない ・ 申請中)			
現在の状況	所在	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> その他:		
	医療面	該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 感染症() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 癌・腫瘍 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> バルン管理 <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 その他 医療面でお困りのこと		
	生活面	<input type="checkbox"/> 転倒の可能性あり <input type="checkbox"/> 立位保持困難 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 咀嚼・嚥下の低下 <input type="checkbox"/> 誤嚥の可能性あり <input type="checkbox"/> 座位保持困難 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 判断力の低下 <input type="checkbox"/> 異食の可能性あり <input type="checkbox"/> 寝返り困難 <input type="checkbox"/> 難聴 弱視 <input type="checkbox"/> 服薬困難 <input type="checkbox"/> 記憶力の低下 その他 生活面でお困りのこと		
	希望される事	<ご本人> <主介護者>		
その他	<input type="checkbox"/> 他施設の入居希望 有 無 <input type="checkbox"/> 今後、後見人制度を利用予定			

写しを申込者にお渡しする。

事業所記載欄

日付	相談内容

診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)	TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査	実施日	年 月 日	身長	cm	体重 kg
白血球	総コレステロール		HBs抗原	+	—
赤血球	尿素窒素		HCV抗体	+	—
ヘモグロビン	クレアチニン		ワ氏	+	—
ヘマトクリット	尿酸		疥癬	+	—
血小板	K		検尿	・蛋白	
血清蛋白	Na			・糖	
アルブミン	空腹時血糖			・ウロビリノーゲン	
A S T	HbA1c				
A L T	C R P		血 圧	/	
中性脂肪					
レントゲン結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は心電図を添付してください		
問題行動	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症高齢者自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・自立・要支援・1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日 点
介護上の注意事項：					

診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)	TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査	実施日	年 月 日	身長	cm	体重 kg
白血球	総コレステロール		HBs抗原	+	—
赤血球	尿素窒素		HCV抗体	+	—
ヘモグロビン	クレアチニン		ワ 氏	+	—
ヘマトクリット	尿 酸		疥 癬	+	—
血小板	K		検尿	・蛋白	
血清蛋白	Na			・糖	
アルブミン	空腹時血糖			・ウロビリノーゲン	
A S T	HbA1c				
A L T	C R P		血 圧	/	
中性脂肪					
レントゲン結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし	異常あり	※ ありの場合は心電図を添付してください		
問題行動	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・自立・要支援・1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年 月 日	点	
介護上の注意事項：					