

グループホームへ入居を申込まれる皆様へ

* グループホームとは

認知症のため、家庭での日常生活が困難な高齢者が、介護者の支援を受けつつ少人数で、家庭的環境に近い共同生活を行う所です。

* 申込みにあたっての状況確認

申込みにあたっては、ご本人の心身の状況はもとより、介護をしている方の状況・家族構成など、立ち入ったこともお聞きします。また、記入していただくことになります。プライバシーは厳重に守りますので、詳しい状況の聞き取りにご協力ください。

* 入居の順番について

介護の必要度や緊急度等を踏まえて決定いたします。申込み受付順ではありませんのでご承知おき下さい。

以上のことをお考えいただいた上で、ご相談下さい。

* 入居を申込まれる際は次の書類をご提出下さい。

入居申込書、現況調査書、生活歴一覧、介護保険証の写し、主治医意見書、
認定調査票

健康診断書は、すぐに必要ありません。入居前に必要となりますので、こちらから連絡後、準備して頂きます。

要介護認定の申請手続きが済んでいない方は、市役所介護保険課や居宅介護支援事業所などでご相談下さい。

グループホームみなみかぜ

〒350-0807

川越市吉田 203-3

049-239-6036

* 入居について

- ① 川越市に住所がある方
- ② 介護保険の要介護認定で「要支援2」以上の方
- ③ 医師の診察により認知症と診断された方
- ④ 身体的機能がほぼ自立している方
- ⑤ 他の入居者と共同生活を送ることに支障のない方
- ⑥ 常時医療機関での治療が必要のない方

* 退居について

- ① 共同生活を継続することが困難になった時
- ② 身体的機能が著しく低下し、常時介護が必要になった時
- ③ 長期の入院または、常時医療行為が必要となった時

グループホームみなみかぜ

ご入居までの流れ

お申し込み
(書類の提出)



訪問面談
(ホームよりお伺いしご本人様との面談)



入居判定委員会
(入居の可否を決定)



御契約及び必要な手続き
(契約書作成など必要書類作成)



入居日の決定



入居の諸準備



入居

グループホーム入居申込書

入居希望者			申込日	令和	年	月	日
フリガナ							
氏名		性別		☐ 男 ☐ 女			
現住所							
電話番号							
生年月日		☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和		年		月	日 (歳)
要介護度		☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3		☐ 要介護度4		☐ 要介護度5	
要介護認定期間		平成・令和		年		月	日 ~ 平成・令和 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
申 込 者 氏 名		主 介 護 者 氏 名	
住 所		住 所	
電 話 番 号		電 話 番 号	
年 齢	歳	年 齢	歳
性 別	☐ 男 ☐ 女	性 別	☐ 男 ☐ 女
本人との関係		本人との関係	

入居希望者の状況について 当てはまる項目にチェックを付けてください。

食事	☐ 介助なし	☐ 介助あり「あり」の方は状況を記入してください。 ()
入浴	☐ 介助なし	☐ 介助あり「あり」の方は状況を記入してください。 ()
トイレ	☐ 介助なし	☐ 介助あり「あり」の方は状況を記入してください。 ()
認知症	☐ 衣類の着脱できない ☐ 暴言暴行がある ☐ 昼夜逆転がある ☐ 収集癖がある ☐ 外出して戻れない事がある ☐ 常時の徘徊がある ☐ 意志の伝達ができない ☐ その他()	
入居希望の理由をお書きください ()		
受付日	令和 年 月 日	受付者

注意事項

※入居に際しては、入居基準及び入居申込書に基づき、入居検討委員会で決定致します。

現 況 調 査 票

入居希望者	フリガナ				性別	男 ・ 女	
	氏 名				生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日
	住 所	〒				満 歳	
	電 話	()		要介護認定 (要介護度)	支1・2・介1・2・3・4・5 申請中		
	介護保険被保険者番号			要介護認定有効期限	平成・令和 年 月 日		
	居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー			
	利用しているサービス	訪問介護・訪問看護・通所介護・通所リハビリ・その他 ()					
	現 況 現在の居場所	☐ 在宅 ☐ 病院又は施設 名称 () 入院又は施設入所の時期 (年 月から) *今後の予定 ()					
	身 障 手 帳	☐ 無 ・ ☐ 有 (級)	障害名等	()			
	療 育 手 帳	☐ 無 ・ ☐ 有 (A ・ B)	精神障害者保健福祉手帳	☐ 無 ・ ☐ 有 (級)			
	老人医療受給者証	☐ 無 ・ ☐ 有	重度心身障害者医療証	☐ 無 ・ ☐ 有			
	入居希望時期	☐ 今すぐ ・ ☐ 1年以内 ・ ☐ 3年以内 ・ ☐ その他 ()					
収入	年金恩給等	種類		年額		円	
	その他収入	地代・家賃等				円	
介護状況	介護者氏名			続柄 ()	連絡先		
	介護者の生活状況及び健康状態			在宅介護の期間	年 ヶ月		
家族	氏 名	年齢	続柄	同別居	職 業 ・ 連 絡 先		
連絡先	住 所	〒 電話					
	氏 名	続柄 ()					
	職 業	電話					
連絡先	住 所	〒 電話					
	氏 名	続柄 ()					
	職 業	電話					

生 活 歴 一 覧

入居者氏名

記入者氏名

(令和 年 月 日作成)

年 代	本人の生活歴（住んでいた場所や家族構成の変化、大きな出来事など）
0 歳～9 歳	
1 0 代	
2 0 代	
3 0 代	
4 0 代	
5 0 代	
6 0 代	
7 0 代	
8 0 代	
9 0 代	