

# グループホームたぶのき 入居の申込書

管理者 殿

申込日 平成 年 月 日 ( 曜日 ) 受付担当者

申込者	<small>ふりがな</small> 氏名	<small>続柄</small>	電話 (      ) -      )
	住所	〒	今後の連絡先 (      ) -      )

入居を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名		男 女	住 所	〒
要介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5・未認定	電 話	(      )	-      )
被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設に入所中(施設名      ) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名      時期 平成 年 月から入院)			
医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他(      ) 現在治療中の病気など(主治医      )(歯科医      )			

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(      年      月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、介護保険サービスを利用して(いる・いない)(利用中のサービス      )		
主に介護している人について      ※介護で困っていること			
主介護者 氏名		<small>続柄</small>	
その他			

備考

--

個人情報に関しましては、施設申込書類以外には使用いたしません。

※ ①申込の際には、介護保険証の写しを添付してください。

※ ②要介護度や連絡先の変更、申込み取り消し(移転・他の施設に入所・死亡)などございましたら、随時ご連絡下さい。

# 「入居を希望される方」の事についてお伺いします

氏名	(居宅介護支援事業所) 様		(担当ケアマネジャー)
かかりつけ医療機関	(病院名)	(今までにかかった病気)	
	(主治医)	(現在にかかっている病気)	

## 本人の状況について

※当てはまる項目に○をつけて下さい。

歩行状態	1.普通 2.ゆつくりなら歩ける 3.何かにつかまって歩く 4.歩行不能
移動方法	1.普通 2.杖使用 3.老人車・歩行器使用 4.車イス使用(自力での操作 可能 ・ 不可能)
着替え	1.普通 2.時間がかかるが自分で可能 3.一部介助でできる 4.全面介助必要
食事	1.自分で食べる 2.一部介助が必要 3.全面介助が必要
嚥下	1.飲み込み良い 2.咽せある為見守り必要 3.飲み込み困難 4.経管栄養
排泄	1.自分で可能 2.一部介助(スポンジ上げ下げ等) 3.全面介助 4.失禁有 5.失禁なし
排泄方法	1.トイレ 2.尿瓶 3.ポータブル 4.オムツ ・ 紙パンツ ・ パット 5.留置カテーテル
視力	障害：有 ・ 無 眼鏡使用：有 ・ 無
聴力	障害：有 ・ 無
言語 ・ 理解	障害：有 ・ 無
麻痺	有 ・ 無 (部位 )
物忘れ	有 ・ 無

・何度も食事を要求する ・食べ物以外を口にする ・食事を食べない ・興奮する ・暴力がある

・大声を出す ・歩き回る ・物取られ妄想がある ・幻覚がある(見えない物が見える)

・トイレ以外で排泄をする ・オムツをはずしてしまう ・昼夜逆転がある

・独語がある ・意欲が低下している ・自己中心的 ・頑固 ・怒りっぽい