

グループホームあんしん館 入居申込書

申込日 年 月 日
 受付日 年 月 日

以下の通り、グループホームあんしん館への入居を希望します。

フリガナ
 申込者氏名 _____ (印)

フリガナ
 利用者氏名 _____

入居希望日	年	月	日頃		
申 込 者 (記 入 者)					
フリガナ 氏 名			利用者との関係 (続 柄)		
住 所	〒 —				
連絡先	① ()	② ()		※都合の良い時間帯 (: ~ :)	
備考					
入 居 希 望 者					
フリガナ 氏 名			男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 歳
住 所	〒 —				
連絡先	① ()		② ()		
介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済 (<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日)				
	認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
被 保 険 者 番 号					
居宅介護支援事業所					
担当ケアマネージャー					
利用中の介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> その他 () ・入所中の場合 施設名 ()				
環 境	<input type="checkbox"/> 自宅 (独居・同居) <input type="checkbox"/> 入院中 ()				
主治医	病院名 () 診療科 () 主治医 ()				
備考					

※この申込書に記載されている個人情報の取り扱いについては、関係法令及び弊社個人情報保護方針に基づき適切に保護・管理致します。

※司法・行政からの求めが有る場合、又は緊急時に情報の提供が必要と判断した場合には、この個人情報の内容を関係機関へ提供する事があります。

生 活 状 況

入居希望理由			
生活歴 (職歴等)			
趣味・特技			
家族構成		主介護者 (記入者と 異なる場合)	氏名： 住所： 連絡先：
備考			

健 康 ・ 身 体 状 況

健康状態	現病 及び 既往歴	病名 () 発症日 (年 月頃)	治療中・治療済	
		病名 () 発症日 (年 月頃)	治療中・治療済	
		病名 () 発症日 (年 月頃)	治療中・治療済	
		その他		
	感染症の有無： 有()・無			
	記憶の保持	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 常に困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	認知症症状	精神状況	<input type="checkbox"/> 落ち着いている <input type="checkbox"/> 時々不穏 <input type="checkbox"/> 常に不穏 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 常に困難 <input type="checkbox"/> その他 ()	
睡眠		<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 常に不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他		
その他の症状 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想(被害・盗られ) <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 目的なく歩く <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
内服状況	※お薬手帳・説明書の添付 (有 ・ 無)			
備考				
身体状況	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 福祉用具使用 (杖・歩行器・車椅子) 歩行状態 (ふらつき・膝折れ) 歩行介助 (片手引き・両手引き)		
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 福祉用具使用 (エプロン・トロミ・スプーン等) 食事形態：主食 (常食・お粥) 副食 (常食・刻み・極刻み) <input type="checkbox"/> 義歯 (上・下)		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 福祉用具使用 (パット・リハビリパンツ・おムシ類)		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 浴槽(家庭浴・機械浴) ・頻度 /週		
	言 語	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	視 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	備考			

グループホームあんしん館
受付職員：