

入居・利用申込書

小規模多機能センター落合南

グループホーム ガーデンの家 落合南

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年	月	日	歳
氏名							
現住所	〒 広島市 区				TEL		
介護認定	1 申請していない 2 申請中 3 認定を受けている 要支援・介護 1・2・3・4・5						
	被保険者番号：			生活保護： 有・無			
生活状況	1・家族と同居 2・老人世帯 3・独居 4・独居で身よりなし 5・※施設入所中/入院中						
	※施設入所中/入院中の場合：(施設・病院名)						
主治医				科		医師	
	住所			TEL			
その他の医療機関				科		医師	
その他の医療機関				科		医師	
医療状況	1 インシュリン 2 酸素療法 3 人工透析 4 人工肛門 5 その他()						
	(治療中の病気)			(既往歴)			
 年～		 歳頃			
 年～		 歳頃			
..... 年～		 歳頃				
申込み申請者 (ご家族・後見人等の連絡先)							
連絡先	氏名			続柄			
	住所						
	TEL			携帯			
居宅介護支援事業所							
事業所名							
住所							
連絡先	TEL:			/ FAX:			
担当者							

入居・利用希望者状況

小規模多機能センター落合南
グループホーム ガーデンの家 落合南

項目	ご本人の状況					
身体 の 状 況	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル				
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()				
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	立上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

	認知症診断の有無	※ ありの場合		
	あり ・ なし	診断名 :		
精 神 面 の 状 況	物忘れ	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> ない
	昔の事を覚えている	<input type="checkbox"/> 覚えている	<input type="checkbox"/> たまに覚えている	<input type="checkbox"/> 覚えていない
	新しいことを覚えられる	<input type="checkbox"/> 覚えられる	<input type="checkbox"/> たまに覚えられる	<input type="checkbox"/> 覚えられない
	日時(季節)がわかる	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> たまにわかる	<input type="checkbox"/> わからない
	場所がわかる	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> たまにわかる	<input type="checkbox"/> わからない
	人がわかる	<input type="checkbox"/> わかる	<input type="checkbox"/> たまにわかる	<input type="checkbox"/> わからない
	生活上問題 となる行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出し迷子になる <input type="checkbox"/> 昼と夜と様子が変わる <input type="checkbox"/> 夜騒ぐ <input type="checkbox"/> 物を盗られたと思ひ込む <input type="checkbox"/> 間違っただけと思ひ込む <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 同じことを何度も話す <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 不潔になっても無関心 <input type="checkbox"/> オムツを外したり排泄物を触る <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口に <input type="checkbox"/> 意欲がない <input type="checkbox"/> その他()		

在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 日) <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---