

受付 年 月 日

担当 受付No.

### グループホーム「からし種の家」「マナの家」 入居利用申込書

ホーム長殿

グループホーム「からし種の家」「マナの家」を利用したく、次の通り申し込みます。

利用申込者 氏名 印 続柄

住所

TEL

平成 年 月 日

ふりがな			
利用者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 生 ( 才)
現住所	〒  TEL		
利用の動機			
日常生活上の必要な具体的介護範囲			
現況	1.自宅(主介護者: _____) 2.入院中(病院: _____) 3.利用中のサービス:入所(施設名 _____) ・ショートステイ・ヘルパー ・デイサービス・その他 (利用日数: 月 回)		
利用者の動機づけ	同意・納得・拒否	身元引受け人氏名	
依頼している事業所名			
介護保険被保険者番号			
介護支援専門員	(担当者名)		
要介護度	自立 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
認定有効期限			

家族構成（同一生計者）						
氏名	続柄	年齢	職業（勤務先）	電話番号	備考	
同居していない扶養義務者						
氏名	続柄	年齢	職業（勤務先）	電話番号	備考	
生活歴および職歴						
経済状況（年金の有無）			障害手帳の有無		医療保険	
老齢（国・厚）年金	円	無			健保	
障害（国・厚）年金	円	有			国保	
福祉年金	円	種			共済	
その他	円	級			組合	
本人の収入	有・無	障害名			生保	
日常生活	家事 <input type="checkbox"/> 好き 具体的内容 ( ) <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> その他 ( )		洗濯 <input type="checkbox"/> 自分で常時行う <input type="checkbox"/> 時々行う <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	身辺整理 <input type="checkbox"/> 自分で行う <input type="checkbox"/> 声を掛けると行う <input type="checkbox"/> 好まない 具体的内容 ( )		嗜好品 <input type="checkbox"/> 酒（1日： ） <input type="checkbox"/> タバコ（1日： ） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
		宗教 <input type="checkbox"/> 信仰している <input type="checkbox"/> 信仰していない 具体的にお書き下さい ( )				
食事	食事種類 ・主食 ご飯（好み ） パン（好み ） 麺類（好み ）					
	方法 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 全介助					
	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（具体的内容 ）					
	食量 <input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 日によってムラがある					
アレルギー 有・無（具体的種類 ）						
○好物 ( ) ○嫌物 ( )						
料理作業 ① <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 以前行っていた						
② <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> 洗い物は好き その他 ( )						
得意な料理は何ですか ( )						

排泄	<p>○布パンツ (□昼間 □夜間 □終日)      ○紙パンツ (□昼間 □夜間 □終日)</p> <p>排 泄 (昼) □自分で行く      □介助者が付き添っていく</p> <p>   □排尿の訴えがあったとき連れていく</p> <p>   □介助者が排尿の時間を見はからって連れていく</p> <p>(夜) □自分で行く      □介助者が付き添っていく</p> <p>   □排尿の訴えがあったとき連れていく</p> <p>   □介助者が排尿の時間を見はからって連れていく</p> <p>方 法      □和式      □洋式      □ポータブルトイレ</p> <p><u>ホームに希望すること (具体的な介助内容・排泄頻度・失禁有無・尿意有無 等)</u></p>
着替え	<p>   □自分で着替えることができる</p> <p>○必要以上に重ね着をする事がある (頻度 □よくある      □時々      □まれにある)</p> <p>○その他 ( _____ )</p> <p>   □介助者が見守っていれば着替える事ができる</p> <p>(具体的内容 _____ )</p> <p>   □一部介助すれば着替える事ができる</p> <p>(具体的内容 _____ )</p> <p>   □その他 (具体的にご記入下さい)</p>
入浴	<p>介 助 □自分で入る      □介助者が見守っていれば自分で入る</p> <p>□一部介助が必要 (具体的内容 _____ )</p> <p>頻 度 週 回程度</p>
移動	<p>□独歩      □杖      □歩行器      □車椅子      (□介助必要      □介助不要)</p>
整容	<p>①洗面      □自分で行う      □声をかければできる</p> <p>□一部介助が必要 (具体的内容 _____ )</p> <p>②整髪      □自分で行う      □声をかければできる</p> <p>□一部介助が必要 (具体的内容 _____ )</p> <p>③義歯      □義歯なし      □義歯あり</p> <p>□自分で管理する      □介助者が管理する      □その他 ( _____ )</p>
<p>日中どのように過ごされている事が多いですか。具体的にお書き下さい。</p> <p>(例: 孫が来ると孫のためによく動くがそれ以外ではボーっとしている事が多い・花をいじる事が多い)</p>	

【記入者】

□家族      氏名: \_\_\_\_\_      続柄 \_\_\_\_\_

□介護支援専門員 (ケアマネージャー) または担当介護職員

事業所または施設名: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

□その他 \_\_\_\_\_

## 診 断 書

氏名	男・女		生年月日	明・大・昭	年	月	日 (満 歳)	
住所	〒							
既往歴								
現在治療中の病名と経過						薬名		
感染症の有無		結核性疾患 (有・無)		伝染病皮膚病 (有・無)		精神病の既往 (有・無)		
		性病 (有・無)		感染症疾患 (有・無)		MRSA (+・-・未検)		
身長	cm		体重	kg		平熱	℃	
血圧	/ m/Hg		脈拍	不整 (有・無)				
検尿	蛋白 +・±・-			糖 +・±・-				
現 在 の 症 状	視力	右	正常・弱視・緑内障 白内障 その他 ( )	認知症症状・精神状態 認知症の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 初期認知症 <input type="checkbox"/> 老年性認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー性認知症 軽度・中度・重度 長谷川式簡易認知症診査スケール 点				
		左	正常・弱視・緑内障 白内障 その他 ( )					
	聴力	右	正常・難聴 その他 ( )	意思疎通	普通・やや悪い・悪い 精神障害名 ( )			
		左	正常・難聴 その他 ( )	記憶障害	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	言語	正常・失語有 かなりの言語障害 その他 ( )		失見当識	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
				徘徊	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	四肢麻痺	無・有 (部位 )		不潔行為	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	四肢拘縮	無・有 (部位 )		不穏興奮	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	四肢振戦	無・有 (部位 )		摂食異常	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	疼痛	無・有 (部位 )		幻覚妄想	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
		さす痛み・だるさを伴う痛み 動かすと痛む・押すと痛む						
	排便状態	正常・便秘・下痢 下剤使用 (頻度 週 回)		攻撃的行為	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
	排尿状態	正常・頻尿・困難 その他 ( )		自傷行為	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )			
褥瘡	無・治癒・有 部位 ( )		火の扱い	重度・中度・軽度・無 特記事項 ( )				
	大きさ ( )							
睡眠状態	良眠・不眠・昼夜逆転		備考					
所見	認知症高齢者グループホーム入居 適 ・ 不適							

平成 年 月 日

医療機関名 (住所)

医師氏名

印