

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

管理者 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

令和 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(_____)			
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_____）				
〇好物（_____）		〇嫌物（_____）				
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) さす痛み・だるさを伴う痛み 動かすと痛む・押すと痛む		幻覚妄想	重度・中度・軽度・無 特記事項 ()		
	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 () 大きさ ()		火の扱い	重度・中度・軽度・無 特記事項 ()		
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							

令和 年 月 日

医療機関名 (住所)

医師氏名

印