|  |
| --- |
| **グループホーム　グリーンピースあま城　入所申込書** |
|  | 申込日　　平成　　　　年　　 　月　 　 　日 |
| 入所希望者（本人）氏名 | ふりがな | 男  | 生年月日 | Ｍ．Ｔ．Ｓ　　　年　　　月　　　日　（　 　歳） |
|  | 女  | 要介護度 | 要支援（２ ）　要介護　(　１　２　３　４　５　） |
| 　住所　 |  | 　有効期間　H　　　年　　　月　　　日まで |
| 電話番号 | 　（　　　　　　　）　　　　　　　　－　 |
| 申込者氏名 | ふりがな | 続柄 | 　 | 　（　 　歳）  |
|  | 電話番号 | 　（　　　　　　　）　　　　　　　　－　 |
| 　住所 |  |
| 携帯電話 | 　　　　　　　　　－　　　　　　　　－　 |
| **現在の本人の状況（当てはまるものに○）** |
| 現在いらっしゃる所 | 自宅　　病院　　老人保健施設　特別養護老人ホーム　軽費老人ホーム |
| ケアハウス　　有料老人ホーム　　グループホーム　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自宅 | 在宅サービス | 使っている　　使っていない | サービス名／１ヶ月の利用回数 |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 担当ケアマネジャー |
| 居住環境 | 独居　　ご夫婦のみ　　夫婦以外の同居者（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |
| 介護者 | 介護する方（　　 　　　　　　　　　　）　　介護を手伝う方（　　　　　　 　　　　　　）　　　なし |
| 入院 | 病院・施設名 |  |
| 入所 | 電話番号 | 　（　　　　　　）　　　　　　　－　 | 入院・入所日　平成　 　年　 　月　 　日 |
| かかりつけ病院 |  | 　主治医（　　　　　　　　　　　） |
| 経済状況／収入 | 厚生年金（　　　／月）　国民年金（　　　／月）　　その他（　　　　　　　　　）　　生活保護 |
| **身体の状態について（当てはまるものに○）** |
| **治療中の病気** | あり　 | なし　　 | （病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **お薬** | あり | なし　　 | （薬の名前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **認知症状** | あり | なし　　 | （具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **歩行** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | **着脱衣**自立　　一部介助　　全介助 |
| **立位** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | **徘徊**あり　　なし　（症状： 　　　　　　　） |
| **座位** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | **麻痺・拘縮**あり　　なし　（症状： 　　　　　　　） |
| **睡眠** | 良眠 | 不眠　 | **眠剤**あり　　なし　（薬：　 　　　　　　　） |
| **食事** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | **嚥下(飲みこみ)障害**あり　　　なし |
| **食事形態** | 普通 | ひと口大 | きざみ | ミキサー |
| **入浴** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | （　一般浴　・　機械浴　） |
| **排泄** | 自立 | 一部介助 | 全介助 | （　日中 ・ 夜間 ・ 常時　） |
| **尿意・便意** | あり | なし | 不明 | （　おしめ、紙パンツ　・　ポータブルトイレ　） |
| **褥瘡**(床ずれ) | なし | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  できやすい |
| **視力** | 支障なし | 多少支障がある | 支障がある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **聴力** | 支障なし | 多少支障がある | 支障がある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **会話** | 理解できる | 多少理解できる | 　理解できない |
| **言語** | 明瞭 | 多少不明瞭 | 　不明瞭 |
| **※裏面にも記入箇所があります。**医療法人　六峯会090727 |

|  |
| --- |
|  |
| **生活歴（職業）** |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **申込理由** |
| 　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |