|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |
|  |