

グループホームあさくら 入居の申込書

所長 殿

申込日 令和 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	続柄	電話 (市外)
	氏名		
	住所 〒		今後の連絡先

入居を希望する人、その状況について ※ 該当するところは記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな 氏名	男 女	住所 〒
要介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5・未認定	電話
被保険者番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設に入所中(施設名) <input type="checkbox"/> 現在入院中(病院名 時期 年 月から入院)	
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など (主治医) (歯科医)	

入居申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、介護保険サービスを利用して(いる・いない)(利用中のサービス)		
主に介護している人について	※ 介護で困っていること		
主介護者氏名		続柄	
現在利用しているサービス(利用状況)			
その他			

※ ①申込の際には、介護保険証の写しを添付してください。

②他施設に入所された時は、速やかに連絡を下さい。

[電話 0776-41-8408]

「入居を希望される方」の心身の状況についてお伺いします。

※分かる範囲で結構ですので、当てはまる項目に☑してください。

かかりつけ病院・主治医		居宅介護支援事業所・担当ケアマネージャー
歩行状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける <input type="checkbox"/> 何かにつかまって歩く <input type="checkbox"/> 歩行不能	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（麻痺の部位 _____）	
移動器具	<input type="checkbox"/> 何も使わない <input type="checkbox"/> 杖や手すり <input type="checkbox"/> 歩行器や老人車 <input type="checkbox"/> 車椅子（自分で操作できますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ）	
着替え	<input type="checkbox"/> 自力でできる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要	
食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要	
飲み込み	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ムセやすい <input type="checkbox"/> 飲み込み困難 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔）	
排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可能 <input type="checkbox"/> 一部手助けが必要（ズボンの上げ下げなど） <input type="checkbox"/> すべて介助が必要	
排泄方法	※複数回答可 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿瓶 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの時は、下の項目にもご回答ください。複数回答可） <input type="checkbox"/> もの忘れ（ <input type="checkbox"/> 一日ぐらい覚えていられる <input type="checkbox"/> すぐ忘れてしまう） <input type="checkbox"/> 何度も食事を要求する <input type="checkbox"/> 食べ物以外のものを口にする <input type="checkbox"/> 食事を食べない <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 暴力がある <input type="checkbox"/> 介護を拒否する <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 物取られ妄想がある <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴がある <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する <input type="checkbox"/> おむつを自分で外してしまう <input type="checkbox"/> 夜間不眠である <input type="checkbox"/> 独り言が多い <input type="checkbox"/> 意欲が低下している <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
病歴	現在の疾患	※複数回答可 <input type="checkbox"/> 認知症（ <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型（ピック病）） <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> ALS等の特定疾患 <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> 骨折（骨折の部位 _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	処置	※複数回答可 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	過去の病歴	

※ 皆様の個人情報については、個人情報保護法に基づき適切に取り扱いたします。