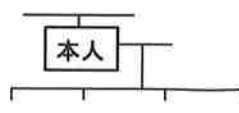


グループホーム金泉 入居申込書

令和 年 月 日

受付者:

入居者 (本人)	フリガナ			家族等状況						
	氏名	印	男・女	独居・夫婦二人・配偶者・その他()						
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)								
	住所									
	電話番号	() - ()		氏名	続柄					
申請者	フリガナ			住所:	TEL:()					
	氏名	印	続柄	氏名	続柄					
	住所			住所:	TEL:()					
	電話番号	() - ()		氏名	続柄					
	緊急連絡先 携帯電話			住所:	TEL:()					
入居希望の理由(どのようなことでお困りか、具体的にお書きください。)				氏名	続柄					
				住所:	TEL:()					
				氏名	続柄					
				住所:	TEL:()					
				主介護者:	続柄:					
				現在の環境: 在宅・施設・その他()						
介護度	要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			主治医	病院名:					
認知症	軽度・中度・重度	医療保険	国保・社保・組合・生保・その他()	担当医:						
既往歴				在宅サービス状況						
安定 ・ 不安定 ・ 急性期				<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> デイケア(週 回) <input type="checkbox"/> その他() (回) <input type="checkbox"/> 短期入所(週 回)						
				視力	普通・動きがわかる・見えない	入浴	自立・一部介助・全介助			
				聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	着替	自立・一部介助・全介助			
				発語	普通・聞き取りにくい・失語	動作	立位:	可・要介	座位:	可・要介
				歩行	独歩・杖・歩行器・車椅子		寝返り: 可・要介			
移動	自力・一部介助・全介助	睡眠	良眠・時々眠れない・眠れない							
麻痺	有・無【上肢・下肢(右・左)】	洗面	自立・一部介助・全介助							
食事	常食・常刻み・粥常・粥刻み	問題行動	有・無(徘徊・暴言・暴食)							
	(箸・スプーン) 自立・一部介助		その他()							
排泄	トイレ・Pトイレ・尿器	精神障害	有・無(妄想・幻覚・せん妄)							
	パンツ・紙パンツ・紙オシメ		その他()							
	自立・誘導・見守り・一部介助	対人関係	普通・協調・拒否・とけ込みにくい							
便秘・下痢しやすい・普通		意思疎通	可・ある程度・不可							
その他・特記事項										
居宅介護支援事業所名			担当者名							