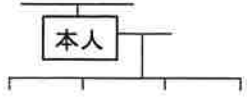


グループホーム金泉 入居申込書

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								
	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)					
ADL	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・PT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			

医療法人社団 あんず会 本田クリニック

グループホーム金泉 殿

令和 年 月 日

氏名				男・女	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)				
住所	〒				
傷病名	1				年 月頃から
	2				年 月頃から
	3				年 月頃から
	4				年 月頃から
既往歴	5				年 月頃から
	6				年 月頃から
	7				年 月頃から
	8				年 月頃から
病状	安定・ほぼ安定・やや不安定・不安定			血圧	/ mmHg
身長	cm	体重	kg	脈拍	回/分(整・不整)
胸部X-P	結核 : +、±、-				
感染症	Hbs抗原(+、-)・HCV抗体(+、-)				
	疥癬(+、-)・MRSA検査(+、-)・CRP(+、-)				
処方					
認知症	(有 ・ 無)				

〒
医療機関名

医師名

TEL