

グループホーム根小屋 入居予約申込書

◎個人情報保護法に基づき、以下の個人情報は弊施設入居以外には使用いたしません。

<ご利用者様>

(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	〒 TEL () -		

<身元引受人様>

(フリガナ) 氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
続柄			
住所	〒 TEL () -		
職業			

<入居利用申し込み理由>

◎上記の事由により、施設利用を希望します

<介護保険>

保険者番号		被保険者番号	
交付年月日	平成 年 月 日	有効期限	平成 年 月 日
介護度	支援2・介護1・2・3・4・5	認定年月日	平成 年 月 日
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
担当居宅介護	名称	担当者名	
支援事業所	住所	〒 TEL () -	

<医療機関>

かかりつけ医療機関	担当医師名
	〒 TEL () -
入院医療機関	担当医師名
	〒 TEL () -

<現在の心身の状況>

現在の心身の状況	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養			<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介 <input type="checkbox"/> 全介助
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 細キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ)				
	入浴	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴		<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	整容	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	疎通	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	認知症について	<input type="checkbox"/> 有り：下記項目中該当するものに印をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 物をしまい無くしたり、誰かに物を盗まれるような妄想がある。 <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所が分からないなど、家の中で迷う。 <input type="checkbox"/> 電話や留守電での受答えが出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 金銭の勘定が出来なくなった。 <input type="checkbox"/> 夜間眠らない。 <input type="checkbox"/> 釜を焦がすなど、火の不始末がある。 <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く。 <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴力や抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある。 <input type="checkbox"/> 奇声を上げる。 <input type="checkbox"/> 便をさわることもある。 <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する。 <input type="checkbox"/> 頻繁に服を脱ぐ。 <input type="checkbox"/> 意志の疎通が困難。 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う。 <input type="checkbox"/> 食べ物以外を口にす。 <input type="checkbox"/> その他の症状 (以下にお書き下さい) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 50px; margin-top: 10px;"></div>				

◎介護保険証の写しをお願いいたします

平成 年 月 日

入居希望者氏名 _____ 印