

グループホーム令寿の杜入居申込書

★この書類は、入居選者における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【記入者氏名】 _____ 【続柄】 _____

入居希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治	大正	昭和	
			年	月	日	(歳)
入居希望者住所	柏原市	TEL				
要介護度		市民税課税状況	非課税・課税	生活保護受給	無	有

【本人の状況】

項目	状況 ※該当する内容に○をして下さい	施設への申し送り・現状の介護内容
視力	普通 見えにくい 見えない	
聴力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移動	歩行 杖 歩行器 車椅子	
食事	自立 一部介助 全介助	
嚥下	問題なし やや困難 困難	
入浴場所	自宅で入浴 自宅外で入浴	※頻度 _____回/週 ※利用事業所名 _____
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	

排泄場所	トイレ ポータブルトイレ ベッド					
排泄介助	不要 一部介助 全介助					
オムツ類使用	無 有	※ オムツ種類 ※ 使用頻度	紙パンツ 外出時のみ	尿取りパッド 夜間のみ	紙オムツ（テープ止め） 終日使用	
尿意	無 有	便意	無 有	便秘	無 有	※便秘時の対応方法
認知症	無 有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。				
かかりつけ医 (主治医)	[医療機関名]		[担当医師]			
ケア マネジャー	[事業所名]		[担当ケアマネジャー名]			
既往歴	【疾病名】		【発症年】		※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記	
			昭和・平成	年		
			昭和・平成	年		

【家族連絡先（1 番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話番号		携帯電話	

【家族連絡先（2 番目）】

氏名		入居希望者との続柄	
住所			
自宅電話番号		携帯電話	

【その他、施設への申し送り】

--