

グループホーム 利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな
 申込者 氏名 ㊟

申込者 住所 〒

次のとおりグループホーム利用を申し込みます。

ふりがな 利用者氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
現住所	〒		
	電話	携帯電話	FAX
利用料支払者	支払方法	口座振替: ・七十七銀行 ・その他の銀行	
	請求書 送付先	住所: 〒	
		氏名:	続柄:
電話番号	携帯電話	FAX	
要介護認定	・要支援 2 ・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
居宅介護支援 事業所名	事業所名:		
	介護支援専門員名:		
入居希望予定 日時	年 月 日	AM : PM	時 分頃
身元保証人 (1) (緊急連絡先)	氏名	続柄	職業 年齢
	住所 〒		
	TEL	携帯番号	
身元保証人 (2)	氏名	続柄	職業 年齢
	住所 〒		
	TEL	携帯番号	
親 族 関 係 図 (ジェノグラム)			

生活状況	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらないで可 <input type="checkbox"/> つかまって可 (杖、その他) <input type="checkbox"/> できない (・車椅子自力 ・車椅子介助 ・その他)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	入浴	(家庭での入浴) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 間接的援助 <input type="checkbox"/> 直接的援助
		<input type="checkbox"/> 全介助 (・トイレ ・おむつ ・その他)
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> その他 ()
	性格	<input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> その他 ()
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 落ち着かない <input type="checkbox"/> その他 ()
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> しばしばある <input type="checkbox"/> すぐに忘れる
	理解	<input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> まったくできない
	認知症である症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> その他 ()
一日の生活等	※一日をどのように過ごされていますか？ 散歩、テレビ等。	
その他、介護上で困っていること		
健康状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> ほぼ健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 持病あり (病名)	
	治療中の病名	
	病院名	(主治医名)
	既往歴	
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	認知症	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型
	近年5年間 主な病気	
趣味・特技等 (過去・現在)		
略歴 ・職歴等		
入居希望の理由		