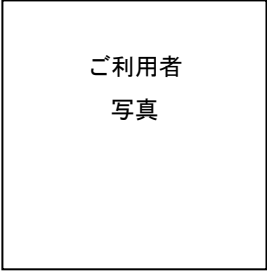


入居申込書

年 月 日

- グループホーム津田沼
- グループホーム大久保
- お年寄りお世話の家
- らくらくホーム 【田喜野井・大久保】



入居日 年 月 日

ふりがな 氏名				性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	歳	
住所	〒 ー						
電話			F A X				
要介護度	申請中・区分変更中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						
現在利用しているサービス	訪問看護・訪問介護・デイサービス・デイケア・訪問入浴・訪問リハビリ ショートステイ()・福祉用具レンタル・その他 ()						
家族構成	続柄	氏名	年齢	同別居	住所	連絡先	優先順位
			歳	同・別	〒	携帯	
			歳	同・別	〒		
			歳	同・別	〒		
			歳	同・別	〒		
<p>【家族構成図】</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">本人</div> </div>					<p>【お申し込み理由】</p> 		
<p>結婚暦(有・無) 子供(男 人/女 人)</p>					<p>【紹介者のお名前】</p>		
◎ 入居予定日		年 月 日		() 午前・午後		時頃 ・ 未定	
<p>※会社使用欄</p>							
入居	年	月	日	～退居・転居	年	月	日()
転居	年	月	日	～退居・転居	年	月	日()

状 況 報 告 書

氏 名 _____

年 月 日

健康状態（病院・入院歴等）	現在服用している薬
---------------	-----------

皮膚疾患について
 床ずれ（有・無） 湿疹（有・無） 水虫（有・無） かゆみ（有・無）
 部位（ _____ ）

認知症等による不適応行動があれば具体的にご記入をお願いします

身体及び日常生活の状況	視 力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大きい字なら見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない(右・左)	
	会 話	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> ほとんど話せない	<input type="checkbox"/> 全く話せない	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> その場のみ可能	<input type="checkbox"/> 困難	
	立 位	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> つかまれば可能	<input type="checkbox"/> 少しなら可能	<input type="checkbox"/> 困難	
	座 位	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 背もたれあれば可能	<input type="checkbox"/> 困難	座位保持の時間（ _____ ）	
	歩 行 (移動)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器)を利用	<input type="checkbox"/> 這いずりで移動	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用(自走 可・不可) <input type="checkbox"/> 常にベット上である	
	食 事 嗜 好 品	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 ◎主食(白米・粥・パースト) ◎おかず(普通・刻み・ミキサー・パースト) ◎飲み込みが(良い・あまり良くない・悪い) ◎水分にむせる(ある・ない) ◎好きな食べ物(_____) ◎嫌いな食べ物(_____) ◎嗜好品(酒 _____) ◎たばこ(1日 _____ 本・吸わない) ◎アレルギー(ある(_____)・ない) ◎入れ歯(上・下・ない)				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自力で可能(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> 声かけ、誘導が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 失禁がある・たまに・ない) <input type="checkbox"/> 尿とりパット・紙パンツ・おしりふきを使用 <input type="checkbox"/> 尿意(ある・あいまい・ない) <input type="checkbox"/> 便意(ある・あいまい・ない)最終排便 _____ 日前				
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助				
	更 衣	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助				
	麻 痺 等	◎麻痺(ある・ない)ある場合その部位(_____) ◎関節が動かないか変形している(ある・ない)部位(_____) ◎身体障害者手帳(ある・ない) ある場合(_____ 種 _____ 級)				

現 住 居	<input type="checkbox"/> 持ち家(戸建て・マンション) <input type="checkbox"/> 借家(マンション・アパート) 家賃 _____ 円/月	結婚歴(有・無)
-------	---	----------

出 生 地	学 歴	職 歴	趣 味 特 技
-------	-----	-----	---------

経 済 状 況	<input type="checkbox"/> 年金(国民・厚生・共済・遺族・恩給) _____ 円/月 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> _____ が負担します <input type="checkbox"/> その他(_____) ◎経済的不安(有・無)
---------	---

※あてはまる□にし点、該当する項目には○印を、又、()内は具体的にご記入下さい。