

## 【ちゅーりっぷ苑】入居・利用申し込みのご案内

【グループホーム・さくら、つばき デイホーム・さくら、つばき】入居・利用申し込みにあたっては、以下の書類が必要となりますので、漏れがないようご用意いただけますようお願い申し上げます。

### 1：入居・利用申込書

### 2：健康診断書〔グループホームのみ〕

### 3・日常生活の状況について

### 4・その他

必要に応じてその他ご提出していただくこともございますのでご了承ください。

以上

### お問合せ先

【グループホーム・さくら】 0254-20-8492

担当者：工藤 本間

【デイホーム・さくら】 0254-20-8492

担当者：中西 菅澤

【グループホーム・つばき】 0254-43-2517

担当者：忠 佐藤

【デイホーム・つばき】 0254-43-2580

担当者：菅原 佐藤

# 入居利用申込書

クラレテクノ(株)

【グループホーム・さくら、つばき】御中

平成 年 月 日

【デイホーム・さくら、つばき】御中

申込者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

ふりがな				生年月日	性別
利用者氏名	(EP)			明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)	男・女
住所	〒 _____ Tel _____				
家族構成 (利用希望者と同一世帯の家族構成)					
氏名	性別	続柄	生年月日	勤務先 (電話番号)	
同居されていない扶養義務者					
氏名	性別	続柄	生年月日	勤務先 (電話番号)	
現況	該当する項目をチェックし、必要事項をご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> 自宅 (介護者: _____) ) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名: _____) ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名: _____) ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )				
利用中のサービス	該当する項目をチェックし、必要事項をご記入ください。				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (施設名: _____) ) <input type="checkbox"/> デイサービス (施設名: _____) ) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (事業所名: _____) ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) )				
依頼している居宅介護支援事業所名					
担当の介護支援専門員				現在の介護度	1・2・3・4・5
介護保険証 認定の有効期間			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

# 健康診断書

グループホームちゅーりっぷ苑・さくら入居者用

(ふりがな)				男	生 年 月 日				
氏 名				・	M・T・S	年	月	日	歳
住 所	〒 (      -      )								
既往歴									
現在治療中の病名と経過									
二次疾患の有無 結核性疾患 ( 有・無 )    伝染性皮膚病 ( 有・無 )    精神病の既往 ( 有・無 ) 性病 ( 有・無 )    感染性疾患 ( 有・無 )    MRSA ( +・-・未検)									
診断名・検査結果等：									
身長	c m		体重	k g		平 熱	℃		
血 圧	/			mmHg		脈 拍	不整 ( 有・無 )		
検 尿	蛋白 ( +・±・- )				糖 ( +・±・- )				
現 在 の 症 状	視 力	右	正常・弱視・緑内障・白内障 その他 (                      )		認知症状・精神状態 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症                      軽度・中度・重度 長谷川式簡易痴呆診査スケール                      点				
		左	正常・弱視・緑内障・白内障 その他 (                      )						
	聴 力	右	正常・難聴その他 (                      )		意思疎通	普通・やや悪い・悪い			
		左	正常・難聴その他 (                      )		精神障害名 (                      )				
	言 語	正常・その他 (                      )		記憶障害	重・中・軽 特記事項 (                      )				
	四肢麻痺	無・有 (部位                      )		失見当識					
	四肢拘縮	無・有 (部位                      )		徘徊	重・中・軽 特記事項 (                      )				
	四肢振戦	無・有 (部位                      )		不潔行為	重・中・軽 特記事項 (                      )				
	疼 痛	無・有 (部位                      )		不穏興奮	重・中・軽 特記事項 (                      )				
		特記事項 (                      )		摂食異常	重・中・軽 特記事項 (                      )				
	排便状態	正常・便秘・下痢		幻覚妄想	重・中・軽 特記事項 (                      )				
		特記事項 (                      )		攻撃的行為	重・中・軽 特記事項 (                      )				
	排尿状態	正常・頻尿・困難		自傷行為	重・中・軽 特記事項 (                      )				
特記事項 (                      )		火の扱い	重・中・軽 特記事項 (                      )						
褥 瘡	無・治癒・有 部位 (                      ) 大きさ (                      )		所 見	認知症高齢者グループホーム入居  適 ・ 不適					
睡眠状態	良眠・不眠・昼夜逆転								

平成    年    月    日

医療機関名 (住所)

医 師 氏 名

㊞

## 日常生活の状況について

ご利用者の日常生活の様子についてお伺いいたします。

現在、施設等をご利用の方は介護職の方に記入していただいても構いません。

記入年月日：平成 年 月 日

氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日
生活歴（出身地・学歴・結婚・職業等）						
日常生活の中で日頃たのしみに行っていること・趣味（できるだけ具体的にご記入ください）						
日常生活	家事	<input type="checkbox"/> 好む （具体的内容 _____） <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> その他（ _____）				
	身辺整理	<input type="checkbox"/> 自分で行う <input type="checkbox"/> 声をかけると行う <input type="checkbox"/> 好まない （具体的内容 _____）				
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自分で常時行う <input type="checkbox"/> 手洗いが中心 <input type="checkbox"/> 洗濯機が中心 <input type="checkbox"/> 手洗い・洗濯機ともに使用する <input type="checkbox"/> 好まない <input type="checkbox"/> その他（ _____）				
	嗜好品	<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> その他（ _____）				
食事	食事種類 <主食> ご飯（ <input type="checkbox"/> 堅め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 柔らかめ <input type="checkbox"/> 粥    ） パン（好み _____） 麺類（好み _____） <副食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> その他					
	方法 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> その他					
	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（具体的内容 _____）					
	量 <input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 日によってムラがある					
	アレルギー    無 ・ 有（具体的種類 _____）					
	好きな物（ _____ ）嫌いな物（ _____ ）					
	料理作業    ① <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない    ② <input type="checkbox"/> 好む <input type="checkbox"/> 好まない 料理作業をされる方にお尋ねします					
	①    どのような料理作業をされますか？ <input type="checkbox"/> 料理全体 <input type="checkbox"/> 和える <input type="checkbox"/> 煮る <input type="checkbox"/> 焼く <input type="checkbox"/> にぎる（おにぎり等） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					
	②    どのような料理を作られますか？ 例）和え物を混ぜる・おにぎり用の海苔を切る等 料理の一作業でも可（ _____ ）					

排泄	布パンツ	<input type="checkbox"/> 昼間	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 終日
	紙パンツ	<input type="checkbox"/> 昼間	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 終日
排泄	方法	昼)	<input type="checkbox"/> 自分で行く	<input type="checkbox"/> 介助者が付き添っていく
		夜)	<input type="checkbox"/> 自分で行く	<input type="checkbox"/> 介助者が付き添っていく
備考	備考	<input type="checkbox"/> 排尿の訴えがあったとき連れて行く		
		<input type="checkbox"/> 介護者が排尿の時間を見計らって連れて行く		
		<input type="checkbox"/> 介助者が付き添っていく		
		<input type="checkbox"/> 排尿の訴えがあったとき連れて行く		
		<input type="checkbox"/> 介助者が排尿の時間を見計らって連れて行く		
		<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
		(具体的な介助内容・排泄頻度・失禁有無・尿意有無 等)		
着替え	<input type="checkbox"/> 自分で着替える事ができる			
	<input type="checkbox"/> 必要以上に重ね着をすることがある			
	(頻度: <input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> まれにある)			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 介助者が見守っていれば自分で着替える事ができる				
(具体的内容 )				
<input type="checkbox"/> 一部介助すれば着替える事ができる				
(具体的内容 )				
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入ください )				
( )				
入浴	浴槽形態	<input type="checkbox"/> 一般浴		
		<input type="checkbox"/> 家庭浴		
		<input type="checkbox"/> 埋め込み	<input type="checkbox"/> 半埋め込み	<input type="checkbox"/> 据え置き
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
介助	<input type="checkbox"/> 自分で入浴できる <input type="checkbox"/> 介助者が見守っていれば自分で入浴できる			
	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (具体的内容 )			
頻度	週	回程度		
移動	<input type="checkbox"/> 独立歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用			
	<input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 介助不要 )			
整容	① 洗面	<input type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 声をかければできる	
		<input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (具体的内容 )		
	② 整髪	<input type="checkbox"/> 自分で行う	<input type="checkbox"/> 声をかければできる	
	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要 (具体的内容 )			
③ 義歯	<input type="checkbox"/> 義歯無し			
	<input type="checkbox"/> 義歯有り <input type="checkbox"/> 自分で管理する <input type="checkbox"/> 介助者が管理する			
日中、どのように過ごされていることが多いですか。具体的にお書きください。 (例 孫が来ると孫のためによく動くが、それ以外ではボーっとしていることが多い 花をいじる事が多い 等)				

【記入者】

家族 氏名：

続柄：

ケアマネージャーまたは介護職員

事業所または施設名：

氏名：\_\_\_\_\_