

社会福祉法人 柏樹会
認知症対応型共同生活介護
グループホーム フォレストガーデン

グループホーム入居申込書

代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者との続柄 _____

利用者	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏名				(歳)
住所	東大阪市			電話番号	()
要介護度	要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
認知症日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
障害老人の日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
入居までの待機場所	自宅 ・ 施設・病院 ()				
入居に関する連絡・ 問い合わせ先	住所				
	氏名				自宅電話
		続柄 ()			携帯電話

※ 添付書類： 介護保険証（写）・グループホーム入居希望基本情報調査票 （別紙）

※ ご入居に際して、ご本人の状態をお伺い致します。認知症度、ADL（日常生活動作）の状態によっては、ご入居できない場合がございますので、ご了承ください。

様

グループホーム フォレストガーデン入居希望者基本情報調査票

身体 状 況	既往歴		現病名				
	医療行為	なし	あり（必要行為:				
	視力	普通	・ やや悪い(大きい字程度)	・ ぼんやり見える	・ 見えない		
	聴力	普通	・ 聞こえにくい	・ 聞こえない(悪いのは	右	・ 左)
	言葉	普通	・ 聞き取りにくい	・ 判断できない	・ 話せない		
	麻痺	なし	・ あり →	右上肢	・ 左上肢	・ 右下肢	・ 左下肢
	睡眠		よく眠れる	・ 時々眠れない	・ 眠れない日が多い		
	特記事項						

日 常 動 作	家の中の移動	一人で可能 杖歩行(自立・見守り)	壁などをつかまりながら(自立・見守り)		
	外出時の移動	一人で可能 杖歩行(自立・見守り)	壁などをつかまりながら(自立・見守り)		
	転倒の頻度	転倒したことはない	ふらつきはあるが転倒はしない	時々転倒する	
	着替え	一人でできる	見守りでできる	口頭指示でできる	見守り・一部介助が必要
	特記事項				

排 泄	尿意	あり	時々	なし	便意	あり	時々	なし
	排尿	トイレ	ポータブル	オムツ	(自立	時間誘導	オムツ交換)
	排便	トイレ	ポータブル	オムツ	(自立	時間誘導	オムツ交換)
	失禁	あり	時々	(便の時	夜間	その他()	なし
特記事項								

食 事	種類	主食	米飯	・ 粥	副食	普通	・ 刻み	・ ごく刻み	
	摂取状況	食欲	あり	なし	嚥下状態	普通	問題あり()	
	食事制限	なし	あり	→	カロリー制限(kcal)	塩分制限	他(
特記事項									


入浴	入浴形態	個浴 リフト浴 寝台浴(特浴)
	洗体・洗髪	1人でできる ・ 見守りでできる ・ 指示や少しの手伝いがあればできる ほとんど介助が必要 ・ できない
	特記事項	

認知症の症状	意思の伝達	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない	
	会話の理解	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない	
	意思疎通	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない	
	認知症で困っている行動・症状など	物を盗られた等と被害的になることが	ない 時々ある よくある
		実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが	ない 時々ある よくある
		泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない 時々ある よくある
		夜間不眠あるいは昼夜逆転が	ない 時々ある よくある
		暴言・暴力が	ない 時々ある よくある
		しつこく同じ話をしたり、不穏な音を立てることが	ない 時々ある よくある
		大きな声を出すことが	ない 時々ある よくある
		助言や介護に抵抗することが	ない 時々ある よくある
		目的もなく動き回ることが	ない 時々ある よくある
		外出すると一人では家に帰れないことが	ない 時々ある よくある
		外に出たがり、目が離せないことが	ない 時々ある よくある
		いろいろなものを集めたり、無断で持って来る事が	ない 時々ある よくある
		火の始末や管理ができないことが	ない 時々ある よくある
		物や衣類を壊したり、破いたりする事が	ない 時々ある よくある
不潔な行為(弄便行為・入浴拒否)が	ない 時々ある よくある		
異食行為・盗食行為が	ない 時々ある よくある		

《現在お困りのこと等あればご記入ください》

記入日		記入者氏名	
事業所名		電話番号	

診 療 情 報 提 供 書

氏名	様 男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所											
現在治療中の疾患			既往歴								
症状経過治療内容	(*できるだけ詳しくお書きください)										
内服薬											
療養食の有無	無・有 : 療養食指示内容 (療養食名・制限等)										
アレルギー	無・有 ()										
血液検査 年 月 日 実施	白血球		クレアチニン	感染症 年 月 日 実施	HBs抗原	+	・	-	皮膚疾患	疥癬: 有・無	
	赤血球		BUN		HCV抗体	+	・	-		(部位:)	
	血小板		CRP定量		TPHA	+	・	-		湿疹: 有・無	
	血色素		Na		MRSA	+	・	-		(部位:)	
	TP		K		結核菌塗沫	+	・	-		褥瘡: 有・無	
	ヘマトクリット		FBS	その他				(部位:)			
	アルブミン		血液型	型	検尿	蛋白	+	±	-	身長	cm
	総コレステロール					Rh(+・-)	糖	+	±	-	体重
	GOT		※糖尿病のある方			潜血	+	±	-	血压	/
	GPT		HbA1c %		mmHg						
X線 所見			心電図	異常なし 異常あり(所見 平成 年 月 日 実施							
	異常 なし・あり () 平成 年 月 日 撮影		その他 特記事項 注意すべき事項								
住所 医療機関名 医師名	平成 年 月 日										