

# グループホームかがやきの里むつみ入居申込書

受付日      年      月      日

申込者(連絡先)

住所			
(フリガナ)			
氏名	㊟	入居希望者との関係	
電話		携帯電話	

入居希望者の状況

(フリガナ)			性別			明治 大正 昭和					
氏名			男	女	生年月日	年	月	日			
住所			電話								
介護保険の状況	要介護度	1	2	3	4	5	申請中	保険者	北見市	その他 ( )	
	認定期間	年 月 日～		年 月 日		被保険者番号					
現在の生活又は待機場所	1. 1人暮らし 2. 家族と同居 3. 介護老人保健施設 4. 病院、診療所 5. 特別「養護老人ホーム」 6. その他 ※3～5の場合 名称： 利用年月日： 年 月 日			入居を希望する理由		1. 1人暮らしで日常生活に支障が生じている 2. 介護者が高齢、疾病、障害等により介護が困難 3. 介護者が就労、複数介護、育児中により介護が困難 4. 介護者の身体的・精神的負担が大きく介護が困難 5. 居住環境の事情により介護が困難 6. 病院、施設等から退所を求められている 7. その他					
身体状況	食事	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助 形態：常食 粥食(部粥) キザミ食 ミキサ一食 嚥下： <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い				視力	1. 普通    2. やや悪い 3. ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト				
	排泄	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助 オムツの使用状況：なし 昼夜 夜間のみ 使用物品：パット リハパン テープ式				聴力	1. 普通    2. やや悪い 3. ほとんど聴こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	入浴	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助 頻度： 日に1回				言語	1. 普通    2. 聞き取りにくい 3. 聞き取れない				
	更衣	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助				身長	cm				
	移動	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助 使用物品：杖 歩行器 車椅子 寝たきり				体重	kg				

	診断名		発症	頃から																
	医療機関		主治医																	
認知症の状況	<p>1. 認知機能障害が多少みられるが、日常生活はほぼ自立している。</p> <p>2. 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが時々あり、介護を必要とする。</p> <p>3. 日常生活に支障をきたす症状や意思疎通の困難さが頻繁にあり、常時介護を必要とする。</p> <p><input type="checkbox"/>物のしまい忘れがある    <input type="checkbox"/>誰かに物を盗られたと話す</p> <p><input type="checkbox"/>自分の部屋や便所の場所がわからないなど、家の中で迷う</p> <p><input type="checkbox"/>お金の勘定ができない    <input type="checkbox"/>同じ事を何度も話す    <input type="checkbox"/>夜間眠らない</p> <p><input type="checkbox"/>電話や留守番ができない    <input type="checkbox"/>鍋を焦がすなど火の不始末がある</p> <p><input type="checkbox"/>家の中や屋外をさまよい歩く    <input type="checkbox"/>不潔な行為がある    <input type="checkbox"/>食べ物以外を口に入れる</p> <p><input type="checkbox"/>意味不明の言動がある    <input type="checkbox"/>家族(介護者)への暴言や抵抗がある</p> <p><input type="checkbox"/>興奮したり大声を上げる    <input type="checkbox"/>物を投げたり壊したりする    <input type="checkbox"/>自分の体を傷つける</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>																			
医療の状況	<p>※現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>医療機関</th> <th>治療中</th> <th>既往歴</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年 頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年 頃</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> <td>年 頃</td> </tr> </tbody> </table> <p>※特別な医療的措置</p> <p>1. 経管栄養    2. 胃ろう    3. 人工肛門    4. インシュリン注射    5. 在宅酸素</p> <p>6. カテーテル等    7. その他</p> <p>※その他特記すべき事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>				病名	医療機関	治療中	既往歴			年 月～	年 頃			年 月～	年 頃			年 月～	年 頃
病名	医療機関	治療中	既往歴																	
		年 月～	年 頃																	
		年 月～	年 頃																	
		年 月～	年 頃																	

その他

利用している居宅介護支援事業所名及び担当者名	事業所名		担当者名	
	意見等			
現在利用している居宅サービス	<p>1. 訪問介護 (月 回)    2. 訪問入浴介護 (月 回)    3. 訪問看護 (月 回)</p> <p>4. 訪問リハビリ (月 回)    5. 通所介護 (月 回)    6. 通所リハビリ (月 回)</p> <p>7. 短期入所生活介護(ショートステイ)(月 回)    8. 短期入所療養介護 (月 回)</p> <p>9. 福祉用具の貸与・購入費支給 (種類: )</p>			