

社会福祉法人恵和福祉会
すろー・らいふ美幌グループホーム 入居申込書

※介護保険被保険者証の写し(コピー)を一部必ず提出して下さい。

<input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> 早期入所希望		申込日	年 月 日	
入居希望者	ふりがな		性別 男・女	
	氏名	(印)	明治・大正・昭和 年 月 日生	
	電話番号		()歳	
	住所	〒 ー		
	現住所	* 上記「住所」地に以外で暮らしている場合にご記入ください		
	医療情報	かかりつけ病院		
		かかりつけ薬局		
		主病名		
		留意事項		
	介護保険情報	介護度	申請中 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
		被保険者番号		
		交付年月日		
		認定年月日		
有効期限				
居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー				
収入状況	年金(種別) (月額) 円			
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 予定あり			
現在利用の介護サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 回) <input type="checkbox"/> 介護ヘルパー(週 回) 介護保険外のサービス()			
ご家族	ふりがな		続柄	
	氏名	(印)		
	住所	〒 ー		
	連絡先	1	自宅・携帯電話・勤務先・その他	
2		自宅・携帯電話・勤務先・その他		

入居希望者情報シート

1. 医療の状況

該当する項目すべてにチェックを入れて下さい。

- 経管栄養 胃ろう 酸素療法 インスリン注射 床ずれ(褥瘡) 人口透析
人口肛門 バルーンカテーテル その他()
現在治療中の病気()

2. 認知症、精神症状の状況

該当する項目すべてにチェックを入れて下さい。

- 暴力行為 自傷行為 介護抵抗 徘徊・無断外出 不穏(落ち着きがない)
奇声・大声 被害妄想 感情が不安定 異食行為 不潔行為 収集癖
うつ状態 昼夜逆転 火の不始末 作話 同じ話を繰り返す

認知症の診断名

※特に困っている症状があれば記入して下さい。

3. 食事の状況

自立 一部介助 全介助

種類:普通食 刻み食 ミキサー食

※上記以外で食事の方法があれば記入して下さい。

例)箸は使えないが手づかみでパンやおにぎりを食べる。

4. 排泄の状況

自立 一部介助 全介助

種類:なし ナプキン 尿取りパット 紙パンツ 紙オムツ

頻度:常時 夜のみ

誘導:自立 必要

5. その他(困っている事や気になることがあれば記入して下さい。)
