

高齢者グループホーム 入居申込書

入居を希望する施設に○を付けて下さい。(複数可)

◆新潟市内にお住まいの方 まいらいふ (西川・岩室・みずき野・巻・旗屋・月潟)

◇燕市内にお住まいの方 まいらいふ (吉田・燕)

申込受付日：令和 年 月 日

| | | | | | |
|---------------|--|---|-------------|----------------|--|
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | |
| ご利用希望者様 氏名 | | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 | |
| 現住所 | (〒 -) TEL : | | | | |
| 身元引受人 | フリガナ | | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | (〒 -) TEL : 携帯 : | | | |
| 現況 | <small>フリガナ</small> 1. 自宅 (主介護者名: 続柄:) 2. 入院中 (病院名:) 3. 施設入所中 (施設名:) | | | | |
| 介護保険 | 被保険者番号 | | 保険者 | 新潟市・燕市・その他 () | |
| | | | 認定有効期間 ~ | | |
| | 要介護度 | 要支援 2 要介護 1・2・3・4・5 | | | |
| | 介護支援 専門員 | 氏名 | | | |
| 事業所名 | | | | | |
| 連絡先 | | TEL: | | | |
| 年金等 | 種別：国民年金・厚生年金・共済年金 (月額 円) | | | | |
| 障害者手帳 | 有・無 | 手帳の種類：身体障害者手帳・精神障害者福祉保健手帳・療育手帳 (等級 級 種) 障害名： | | | |

| | | | | | |
|----------------|---|----|----|------|---------|
| 家族構成 | <input type="checkbox"/> 独居世帯（自宅で単身） <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている | | | | |
| | ◎同一生計者 | | | | |
| | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業及び勤務先 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| ご家族様からの ご要望 | ☆当グループホームでの過ごし方についてご要望がありましたら、ご記入下さい。 （ケアプラン作成等の参考にさせていただきたいと思います。） | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|
| 移 乗 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助で可能 | | | |
| 食 事 | 種 類 | 主 食 | <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥（ 分粥） <input type="checkbox"/> ミキサー | |
| | | 副 食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み | |
| | 方 法 | <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク | | |
| | 摂 取 | <input type="checkbox"/> 声かけ必要 <input type="checkbox"/> 自力で摂取できる | | |
| | 嚥 下 | ムセ : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| | 量 | <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない カロリー制限 <input type="checkbox"/> 有（ kcal） | | |
| | 嗜好品 | <input type="checkbox"/> たばこ 本/日 | | |
| | | <input type="checkbox"/> アルコール（種類： 量 ） | | |
| | 禁止されている物 | | | |
| | 嫌いな物 | | | |
| 好きな物 | | | | |
| 排 泄 | 使用下着 （布パンツ、オムツ等） | | 日中 夜間 | |
| | 大 便 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 小 便 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 失 禁 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 間に合わない <input type="checkbox"/> 失禁はない | | |
| | 尿便意 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 入 浴 | 洗 身 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 洗 髪 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 衣類着脱 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| 整 容 | 洗 面 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 整 髪 | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| | 歯磨き | <input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 誘導・見守りすればできる <input type="checkbox"/> 一部介助でできる | | |
| 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 | | | |
| 昔からのこだわりや大切にしていること | | | | |

記入日 令和 年 月 日

記入者 氏名 _____ 続柄 _____