

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〇を付けて下さい。(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・和納・赤塚)
- ◇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										大・				
氏 名								男	• 女	1	軍	月	\Box	
	(〒	_	_)									
現住所							_							
		1						ΓEL:						
	フリガナ													
	氏 名									続柄				
身元引受人		(〒			_)						
	住 所													
								4	₩.					
			ΓEL:						携帯:					
	フリガナ 1. 自宅(主介護者名:							続柄:)				
現の況								`						
	2. 入院中(病院名:)						
	3. 施設入所中(施設名:)				
	i	被保	険者番-	号			保	険者	新潟市	• 燕市	• そ	:の他 ()
					認定有効期間									
									\sim					
介護保険	要介護度	Ę			要支持	爰	2	要介	7護 1	• 2 •	3 ·	4 • 5		
	介護支援 専門員		丑	5 名	2									
			事	業所	名									
	連絡先			EL:										
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		長の種類 等級		事体障 級		当手(重)	帳・精 障害	神障害	者福祉係	- -	——— 手帳•먥	—— 育手(—— 帳

	□独居世帯(自宅で単 □高齢者のみの世帯		で家族と暑	! 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
家族構成					
	◎本人の子(別世帯)	/ <u>+</u> +-	I w su	4.500	
	氏 名	続柄	性別	生年月日	職業及び勤務先
	 ☆当グループホームで	の過ごし方に	こついてこ	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。)
ご家族様からの ご要望					

≪ご利用希望者様の現在のご様子をお知らせ下さい≫

認知症の状況						
□ アルツハイマー型認知症	□ 脳血管性認知症 □] 前頭側頭型認知症(FTD)				
□ レビー小体型認知症 □] 若年性認知症 □ その	他()				
	診断時期	年 月頃				
医療	の状況					
病 名	入院期間及び受診期間	医療機関名•診療科				
現在のサービス利用状況						
□訪問介護 □訪問看護 □デイサ 在 宅		ア ロショートステイ				
口その他()					
□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □介護療養型医療施設						
口その他()						
身体状況						
□物の輪郭程度 □新聞の見出し程度 □不自由なし						
口大きい声なら聞こえる 口普通の声で聞こえる						
口はい、いいえのみ 口単語程度 口聞き取りづらい 口普通						
口しているようだが理解しにくい 口基本的なもの(排泄、食事等)はできる						
ロだいたいできる 口できる						
□反応はあるが理解していない □部分的に理解できる						
□理解できるが少し的がは ⁻	ずれる 口理解できる					
	□ アルツハイマー型認知症 □ レビー小体型認知症 □ レビー小体型認知症 □ 振在のサー □訪問介護 □訪問看護 □その他(□特別養護老人ホーム □ つその他(□特別養護者人ホーム □ 分の輪郭程度 □新聞の輪郭程度 □新聞の中でであるが更ないできる □にいたいできる □できる □にいたいできる □にもいたいできる □にもいたいできる □にいたいできる □にいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいたいた	□ アルツハイマー型認知症 □ 脳血管性認知症 □ その 診断時期 診断時期 診断時期 接療の状況 病 名 入院期間及び受診期間 入院期間及び受診期間 日前間介護 □訪問看護 □デイサービス □デイク □その他(

他	歯:口自分の	の歯 口部分義的	歯(上・下) 口総義歯(上•下)				
وا ا	眼鏡∶□有	口無 補聴器	器:□有 □無					
基本動作 ・ ADL								
起き上がり	□可能□□	□誘導・見守り	すればできる ロー部介	助で可能				
立ち上がり	□可能□□	□誘導・見守り	すればできる ロー部介	助で可能				
立位保持	□可能□□	□誘導・見守り	すればできる ロー部介	助で可能				
歩行	口可能 ロ一部介助で可能 口手すりがあれば可能 口杖							
少 1J	□歩行介助器等使用 □車椅子使用							
移乗	□可能□□	口誘導・見守りすればできる ロー部介助で可能						
	種類	主食	口ご飯 口粥(分粥) ロミキサー				
	種類	副食	□普通 □刻み					
	方 法	口箸 ロスプーン ロフォーク						
	摂取	口声かけ必要	口自力で摂取できる					
会	嚥下	ムセ : □	無 口有					
食 事	量 □多い □少ない カロリー制限 □有(kcal)							
	嗜好品	口たばこ	本/日					
		ロアルコール(種類:					
	禁止されている物							
	嫌いな物							
	好きな	物						
	使用	目下着	夜間					
	(布パンツ、オムツ 等)		日中					
排 泄	大 便	口自分でできる	口誘導・見守りすればで	きる ロー部介助でできる				
14F VE	小便	口自分でできる	□誘導・見守りすればでる	きる ロー部介助でできる				
	失 禁	□ある □時々	'ある 口間に合わない [失禁はない				
	尿便意	口有 口無						
	洗身	口自分でできる	□誘導・見守りすればでる	きる ロー部介助でできる				
入 浴	洗髪	口自分でできる	口誘導・見守りすればで	きる ロー部介助でできる				
	衣類着脱	口自分でできる	口誘導・見守りすればで	きる ロー部介助でできる				
	洗面	口自分でできる	口誘導・見守りすればで	きる ロー部介助でできる				
整容	整髪	口自分でできる	口誘導・見守りすればで	きる ロー部介助でできる				
	歯磨き	口自分でできる	□誘導・見守りすればでき	きる ロー部介助でできる				
金銭管理	□可能□□	口不可能						

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 _____