

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・月湯・和納・赤塚)

◇燕市内にお住まいの方 まいらいふ(吉田・燕・法花堂)

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	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。）				

他	歯： <input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下） 眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
基本動作・ADL			
起き上がり	<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		
立ち上がり	<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		
立位保持	<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		
歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 手すりがあれば可能 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行介助器等使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用		
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（ <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> kcal）	
	嗜好品	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 本/日 <input type="checkbox"/> アルコール（種類： <input type="checkbox"/> 量 <input type="checkbox"/> ）	
	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 _____