

はあとふるあたごグループホーム（五泉） 入居申込書

平成 年 月 日

ふりがな			男	生	明・大・昭
利用者氏名			女	年	年 月 日 (才)
現住所	〒 TEL				
代理人	氏名	続柄()	住所	〒 TEL	
	勤務先		住所	〒 TEL	
現況	1、自宅（主介護者： ） 2、入院中（病院： ） 3、施設入所中（施設名 ）				
介護保険被保険者番号			健康保険証		
			1、有り（社保・国保・生保・後期高齢者） 2、無		
介護支援専門員					
要介護度					
認定有効期間					
身体障害者手帳	1、有り（ 等級 種 級） 2、無		障害名		
年金	1、受けている（月額 円） 2、受けていない				
病歴 入院歴	医療機関名・科	入院期間及び受診期間	病名		
(当ホームにご要望がありましたらお書き下さい。)					

入居希望者の現在の様子をお知らせ下さい

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 物の輪郭程度 <input type="checkbox"/> 新聞の見出し程度 <input type="checkbox"/> 不自由なし	
	聴力	<input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 普通の声で聞こえる	
	発語	<input type="checkbox"/> はい、いいえのみ <input type="checkbox"/> 単語程度 <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 普通	
	意思表示	<input type="checkbox"/> しているようだが理解しにくい <input type="checkbox"/> 基本的なもの（排泄、食事等）はできる <input type="checkbox"/> だいたいできる <input type="checkbox"/> できる	
	話の了解	<input type="checkbox"/> 反応はあるが理解していない <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 理解できるが少し的外れる <input type="checkbox"/> 理解できる	
	歯 眼鏡 補聴器	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
基本動作	起き上がり	<input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	立位保持	<input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	歩行能力	<input type="checkbox"/> 一部介助で可能 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子（自操 可・不可）	
	移乗	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	
排泄	使用下着（布パンツ、オムツ等）	日中	夜間
	大便	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 誘導が必要 <input type="checkbox"/> 自分でできる	
	小便	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 誘導が必要 <input type="checkbox"/> 自分でできる	
	失禁	<input type="checkbox"/> 有（頻度 ） <input type="checkbox"/> 無	
	尿便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 自立	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 自立	
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り、声かけ <input type="checkbox"/> 自立	
整容	洗面	<input type="checkbox"/> タオルで拭く程度 <input type="checkbox"/> 巧くは洗えない <input type="checkbox"/> 洗える	
	整髪	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 誘導、見守りにて可能 <input type="checkbox"/> 可能	

食事	種類	主食	ご飯・粥（分粥）・ミキサー
		副食	普通・刻み
	方法	箸・スプーン・フォーク	
	摂取	声かけ必要・自力摂取できる	
	嚥下	ムセ <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無	
	量	<input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 カロリー制限 <input type="checkbox"/> 有(kcal) <input type="checkbox"/> 無	
	嗜好品	たばこ 本/日 アルコール（種類 量）	
	禁物		
	嫌物		
好物			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能		

記入者 氏名 _____ 続柄 _____