

## グループホーム王喜の郷 入居申込書

申込日						年	月	日				
利用希望者	氏名	男・女		介護保険被保険者番号								
	生年月日	M/T/S	年	月	日(才)	要介護度	1	2	3	4	5	
	住所	〒				現在の 居住場所	(自宅、施設、病院、その他)					
申込者	氏名	利用希望者との続柄				同居・別居						
	住所					TEL						
	よろしければ勤務先(連絡可・否)						TEL					
	その他緊急時の連絡先(携帯電話等)											
家族等	氏名	続柄	年齢	住所(市町村まで)				電話				
								TEL				
								TEL				
								TEL				
関係機関	居宅介護支援事業者名					連絡先		TEL				
	介護支援専門員名					連絡先		TEL				
	かかりつけ医					連絡先		TEL				
	認知症の診断病院/			診断医師名/			診断日/					
どのような生活のご様子ですか？該当するものにレをお付けください。												
日常生活の動作	1. 移動について		<input type="checkbox"/> 自分で歩行できる		<input type="checkbox"/> 杖等があれば移動できる							
			<input type="checkbox"/> 車椅子を使用している		<input type="checkbox"/> ベッドで寝たきりである							
			<input type="checkbox"/> その他( )									
	2. 着替えについて		<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく )				<input type="checkbox"/> 介助が必要					
	3. 食事について		<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく )				<input type="checkbox"/> 介助が必要					
	4. 入浴について		<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく )				<input type="checkbox"/> 介助が必要(全介助・部分介助)					
5. 排泄について		<input type="checkbox"/> 一人でトイレにいける		<input type="checkbox"/> 介助があればトイレにいける								
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用		<input type="checkbox"/> オムツ使用								
6. その他		<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 難聴 等		( )								
		(状況を詳しく )										
その他ご家庭での生活のうち、ご家族が手をおかけになっていること、お困りのことをお書きください。												
入所日						年	月	日				

# 入居申込み (詳細)

氏名

本人の性格と趣味特技	心身の状況と様子
既往歴	服用している薬
自宅、施設での生活状況	集団生活、他人との関わり
本人の生活上の希望	本人 その他
困っている事と入居希望の理由	
家族の希望、期待すること	家族 その他