

グループホームむすろの郷 入居申込書

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受付者 _____

【入居希望者】

(フリガナ) 氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳)
住所				電話番号	
要介護度	支2・1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請・更新中		認定期間	～	

【家族情報】

氏名		続柄		電話番号	
住所					
相談内容 (困っていること)					
連絡先氏名		電話番号		備考	
①					
②					
③					

【介護保険情報】

利用中のサービス	回数・頻度	居宅介護支援事業所
施設 (事業所名: _____)	_____	担当ケアマネジャー
通所 (事業所名: _____)	_____	
訪問 (事業所名: _____)	_____	
その他 (事業所名: _____)	_____	

【健康状態】

主治医 _____ 病院 _____ 科 _____ Dr _____ 入院中 (担当MSW: _____)

現病歴	担当医	受診頻度
	病院 科 Dr	月 回
	病院 科 Dr	月 回
	病院 科 Dr	月 回

既往歴 _____ 現在服用中の薬 有・無

病名 (いつ頃)

グループホーム 夕なぎへの申込を併せて

希望する 希望しない

【ADL情報】

<食事>

摂取状況	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	
食事形態	主食	米飯・軟飯・粥		好き嫌い	無・有 ()	
	副食	常菜・軟菜・きざみ・他 ()		アレルギー	無・有 ()	
水分トロミ	無・有	義歯の使用	無・有 ()	身長	cm	体重 kg

<排泄>

排泄動作	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	
排尿	トイレ	オムツ	Pトイレ	尿意	あり・なし	
排便	トイレ	オムツ	Pトイレ	便意	あり・なし	下剤服用 有・無 周期 1回/ 日

<移動>

移動状況	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	
移動方法	独歩	杖	老人車等 ()	車椅子	その他 ()	

<入浴>

入浴動作	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	
着脱 更衣	上衣	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助
	下衣	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助
入浴頻度	回/週 自宅 ・ サービス利用時					

<その他>

起居動作	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	
整容動作	自立 見守り ()		一部介助 ()		全介助	

<精神状況>

認知症の有無	有・無	頻度	行動障害	有・無	頻度
《詳細》			《詳細》		
睡眠状況	良眠・不眠	眠剤の使用	無・有 ()		
視力	普通 細かい字が見えない	ほとんど、またはまったく見えない	不明	眼鏡使用	無・有
聴力	普通 大きな声なら聞こえる	ほとんど、またはまったく聞こえない	不明	補聴器使用	無・有

今後の生活に関する意向

本人：
家族：