

伊野福祉会 グループホームキラリ 入居申込書

No.1

入居申し込み日 令和 年 月 日

氏名 続柄()

住所

連絡先 昼間

夜間

利用者名		男・女	介護度	要支援2 要介護1・2・3・4・5			
生年月日	T・S 年 月 日 歳	介護保険番号					
認定機関	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄						
現住所							
認知症診断	あり・なし	アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他()					
かかりつけ病院			担当医師				
本人の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅						
	<input type="checkbox"/> 医療機関 名 称 _____						
	<input type="checkbox"/> 老人保健施設 入院・入所時期 年 月から _____						
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 退院・退所予定 年 月まで _____						
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療院						
	<input type="checkbox"/> その他						
担当介護支援専門員			居宅名				
			電 話				
現在までの主な経過(相談者が気が付いた症状・時期)及び入居の理由など							
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>							
年金の種類			年金額				
年金等の管理者			続 柄				
身元引受人	氏 名	続柄	年齢	職業	住 所	電話番号	同別居

グループホーム キラリ 入所申込書

No.2

利用者名							特記事項
1	健康状態	病状的に 安定	やや安定	どちらとも いえない	やや不安定	不安定	
2	現病・ 既往歴						
3	服薬	なし・あり					
	飲んでいる 薬の名前						
	自己管理	なし・あり					
4	視覚	見えにくい(あり・なし) 眼鏡(あり・なし)					
	聴覚	聞こえにくい(あり・なし) 補聴器(あり・なし)					
5	歩行	補助具なし	杖	シルバーカー	歩行器	車椅子	
6	入浴	一般浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
		特殊浴		見守り	一部介助	全介助	
7	着脱	自立	見守り	一部介助	全介助		
8	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		
		布パンツ	尿パット	リハビリ パンツ	テープ止め オムツ		
9	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
		普通食	糖尿病食	減塩食	その他(軟飯・軟菜)		
10	アレルギー	なし・あり()					
11	水分摂取	むせ込み(なし・あり)					
12	他者との交流	なし・あり()					
13	口腔衛生	義歯(なし・あり) 歯磨き(自立・一部介助・全介助)					
好きな食べ物							
得意な事							
毎日している事							
趣味							
好きな場所							
注意事項(※してはいけない事)							

ご記入頂きまして、ありがとうございました。後日改めて、状態の確認をさせて頂く事が有ります。