

グループホーム ハーモニー 入居申込書

申込日: 令和 年 月 日

入居希望者	ふりがな					性別
	氏名	Ⓜ				男・女
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	生まれ (満 歳)
	住所	〒				電話()
申込者 (ご家族)	ふりがな					入居希望者との続柄
	氏名	Ⓜ				
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	生まれ (満 歳)
	住所	〒 (今後、郵便物などは、こちらの連絡先にお送りさせていただきます)				電話()
要介護認定	要支援2 要介護 1・2・3・4・5	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
	(申請中 区分変更申請中)					
	被保険者番号	日常生活自立度	I	IIa	IIb	IIIa IIIb IV V
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護する者が就労して介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「病気」等により介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいる <input type="checkbox"/> 介護する者がいない				その他の事情	
現在の状況	1・在宅にて生活 ⇒ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし		現在の担当ケアマネージャー			
	2・病院に入院中 ⇒ 入院先:		事業所名			
	3・施設に入所中 ⇒ 入所先:		担当者名			
かかりつけ医	病院名:	電話()			主治医:	
既往歴及び 治療中の病気	年		年		年	
	年		年		年	
	年		年		年	
ご家族	氏名(主介護者に○)	年齢	続柄	同居・別居	電話番号	
	()					
	()					
入居希望者の 収入状況	年金(国民・厚生・その他)	月額	円			
	その他の収入(家族からの仕送り等)	月額	円			
	制度利用状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 権利擁護事業 <input type="checkbox"/> 成年後見制度 <input type="checkbox"/> 該当なし				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> お部屋が空いたら <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内					
同意書	グループホームの入居について説明を受け、次のことに同意します。 1・入居希望者の状況について、介護支援専門員や病院関係者へ確認すること。 2・保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提供すること。 3・入居判定に関わる本人、家族等の個人情報を提供し、会議で使用すること。 令和 年 月 日 氏名(本人) Ⓜ (代理人) Ⓜ					

グループホーム ハーモニー 入居希望者基本情報調査票

氏名		様【身長: cm 体重: kg】						
身体状況	視力	普通 ・ やや悪い ・ ぼんやり見える ・ 見えない (メガネ: あり ・ なし)						
	聴力	普通 ・ 聞えにくい ・ 聞えない(右 ・ 左) (補聴器: あり ・ なし)						
	言葉	普通 ・ 聞き取りにくい ・ 話せない						
	麻痺	なし ・ あり ⇒ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢						
	睡眠	よく眠れる ・ 時々眠れない ・ 眠れない日が多い						
	入れ歯	なし ・ あり (上 ・ 下 ・ 部分)						
	特記事項							
日常動作	家の中の移動	一人で可能 ・ 杖歩行(自立・見守り・介助) ・ 壁などをつかまりながら(自立・見守り)床を這う ・ 歩行器(自立・見守り・介助) ・ 車椅子(自走・介助)						
	外出時の移動	一人で可能 ・ 杖歩行(自立・見守り・介助) ・ 壁などをつかまりながら(自立・見守り)床を這う ・ 歩行器(自立・見守り・介助) ・ 車椅子(自走・介助)						
	転倒の頻度	転倒したことはない ・ ふらつきはあるが転倒しない ・ 時々転倒する よく転倒する (頻度 回/週に)						
	着替え	一人で出来る ・ 見守りで出来る ・ 口頭指示で出来る ・ 見守り、一部介助が必要 全介助が必要						
	洗体・洗髪	一人で出来る ・ 見守りで出来る ・ 指示や少しの手伝いがあれば出来る ほとんど介助が必要 ・ 全く出来ない						
	特記事項							
排泄	尿意	あり	時々あり	なし	便意	あり	時々あり	なし
	排尿	・トイレ	・ポータブル	・オムツ	・自立	・時間誘導必要	・オムツ交換必要	
	排便	・トイレ	・ポータブル	・オムツ	・自立	・時間誘導必要	・オムツ交換必要	
	失禁	・あり	・時々あり	・便の時失禁する	・夜間失禁する	・失禁なし		
	特記事項							
食事	種類(主食)	普通 ・ 二度炊き ・ お粥 ・ ミキサー						
	種類(副食)	普通 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー						
	摂取状況	食欲あり ・ 食欲なし	嚥下状態	普通 ・ 問題あり()				
	食事・水分制限	(水分とろみ必要 ・ 水分とろみ不要) (食事制限なし ・ 食事制限あり) カロリー制限(kcal) 塩分制限:あり ・ なし 糖分制限:あり ・ なし						
	食事介助について	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 箸使用 ・ スプーン使用 ・ フォーク使用			食べられない食材 (アレルギー)			

医療	医療行為	なし ・ あり（必要行為： _____ ）			
	病院受診	定期的な受診が必要である ・ 必要な時のみ受診している			
	服薬	毎日、または定期的に決まった薬を飲んでいる ・ 不定期に薬を飲んでいる ・ なし			
	緊急時希望医療機関	病院名（ _____ ） ・ 希望なし			
	お薬	朝食後	昼食後	夕食後	その他(食前・眠剤等)
あり ・ なし		あり ・ なし	あり ・ なし	食前薬:あり ・ なし 眠剤:あり ・ なし	
認知症の症状	意思の伝達	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない			
	会話の理解	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない			
	意思疎通	できる ・ 時々できない ・ 時々できる ・ できない			
	認知症で困っている行動・症状など	物を盗られた等と被害的になることが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		実際にはないものが見えたり、聞えたりすることが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		夜間不眠あるいは昼夜逆転が	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		暴言・暴力が	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		しつこく同じ話しをしたり、不穏な音を立てることが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		大きな声を出すことが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		助言や介護に抵抗することが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		目的もなく動き回ることが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		外に出たり、目を離せないことが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
		色んな物を集めたり、無断で持ってくるものが	ない ・ 時々ある ・ よくある		
物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない ・ 時々ある ・ よくある				
不潔な行為(弄便行為・入浴拒否)が	ない ・ 時々ある ・ よくある				
異食行為・盗食行為が	ない ・ 時々ある ・ よくある				
<入居申込みにあたり、施設に希望等がありましたらご記入ください>					
<入居希望者の生活歴をお書き下さい。(誕生、結婚、仕事、子ども、認知症の発症時期とその後の経過など)>					